10

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges COUANET

Né à Bourmont (Haute-Marne), le 9 juin 1882.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU BUBON

EN PARTICULIER

PAR LA PONCTION ASPIRATRICE

Suivie d'injections de cuivre colloïdal électrique

Président : M. GAUCHER, *professeur*

PARIS

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE

A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Président de l'Association générale des Médecins de France
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur BARBIER

Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

Faible témoignage de notre profonde reconnaissance.

Dans la première partie de notre travail, après avoir défini le bubon au point de vue clinique, anatomique et anatomo-pathologique, nous passons successivement en revue les différentes thérapeutiques qui ont été préconisées pour son traitement.

Nous étudions ainsi en différents chapitres :

A. — Procédés chirurgicaux :

1° Les moyens locaux extérieurs ;

2° Les procédés chirurgicaux.

B. — Procédés médico-chirurgicaux :

3° Les ponctions suivies d'injections iodoformées ;

4° L'hyperhémie ou méthode de Bier.

C. — Procédés médicaux :

5° L'aspiration simple ;

6° L'aspiration suivie d'injections médicamenteuses ;

7° Technique de la ponction suivie d'injection de cuivre colloïdal électrique. Ses résultats.

8° Conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU BUBON

EN PARTICULIER

PAR LA PONCTION ASPIRATRICE

Suivie d'injection de cuivre colloidal électrique

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'adénopathie inguino-crurale, qu'entraîne le chancre simple de la verge, porte le nom de bubon ; ce terme est du reste commun aux inflammations ganglionnaires qui accompagnent de façon si fréquente les diverses contagions sexuelles. Le bubon suit le chancre simple, un peu moins de la moitié des cas environ. Il apparaît plus ou moins vite.

Le bubon est presque toujours unilatéral, placé du côté même du chancre qui lui a donné naissance ; il peut être bilatéral, lorsque le chancre est situé sur la ligne médiane au frein, par exemple, et communique par suite avec les vaisseaux lymphatiques des deux côtés. Enfin, les cas, du reste assez rares, où le bubon

siège du côté opposé au chancre, s'expliquent par les anastomoses qui peuvent unir les vaisseaux lymphatiques.

Ces divers caractères permettent de distinguer le bubon du chancre simple de celui que provoque le chancre induré : ce dernier est, en effet, indolent ; les ganglions atteints sont petits, persistent longtemps après la guérison du chancre ; leur suppuration est exceptionnelle. De plus, l'adénopathie inguinale syphilitique est souvent bilatérale, l'inoculation qu'elle fournit négative, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

a) Caractères macroscopiques

Le bubon du chancre simple forme au pli de l'aine une tumeur dont le volume est variable ; il siège presque constamment au niveau de la ligne des vaisseaux fémoraux, mais peut aussi être situé soit en dedans de cette ligne, vers le pubis, soit plus rarement en dehors, se rapprochant ainsi de l'épine iliaque.

Il occupe, ou du moins paraît occuper un seul ganglion ; en réalité, plusieurs ganglions sont pris à la fois, mais l'un d'eux, presque toujours placé superficiellement, est surtout atteint et sa lésion marque en quelque sorte les lésions plus légères des autres. Le bubon se présente ainsi sous forme de polyadénite inguinale et non de lésion mono-ganglionnaire ; nous insisterons plus tard, dans l'étude du traitement, sur cette existence de nombreux ganglions qui accompagnent souvent le bubon suppuré et sont prêts à s'ulcérer à leur tour : dans ce cas, c'est presque toujours à l'extirpation qu'il faut recourir.

La masse ganglionnaire peut se prolonger, mais très rarement, en plein petit bassin, le long des gros vaisseaux.

Les ganglions ne sont pas seuls atteints : le tissu cellulaire qui les entoure l'est aussi ; il y a adénite et péri-adénite.

La suppuration débute à la partie centrale des ganglions ; si l'on pratique, en effet, des coupes sur des ganglions lésés depuis peu par l'infection, on voit au centre une masse jaunâtre et ramollie, offrant des signes manifestes de dégénérescence ; les parties périphériques sont encore saines et seront atteintes par propagation ; quant à la capsule ganglionnaire qui, pendant quelque temps, isole le pus du bubon des parties voisines, elle ne tarde pas à présenter d'intimes connexions avec la peau qui la recouvre ; elle s'ouvre ensuite, laissant au pus un libre cours.

b) Caractères microscopiques

Le pus fourni par le bubon renferme deux catégories bien distinctes de micro-organismes, qu'on retrouve aussi au centre des ganglions inguinaux commençant à dégénérer.

Ce sont d'abord les microbes pyogènes divers (microcoques, streptocoques, staphylocoques, microbes spéciaux, « satellites » décrits par Dubreuille et Larnet, etc.), communs à toutes les lésions suppuratives : ces microbes sont transportés par la voie

lymphatique du chancre simple aux ganglions qui l'avoisinent, comme ils le seraient d'une plaie quelconque des organes génitaux.

Outre ces microbes, le pus des bubons contient parfois un bacille spécifique, le bacille du chancre simple découvert par Ducrey, en 1889, étudié.

Ce bacille est petit, court, renflé à ses extrémités ; il offre à sa partie moyenne un espace clair qui semble correspondre à un début de segmentation. Pour le mettre en évidence, il suffit de colorer à l'aide de solutions fortes et boratées de bleu de méthylène ; il est décoloré par la méthode de Gramm.

Le streptobacille de Ducrey-Unna est fréquemment disposés en chaînettes, qui s'enfoncent en faisceaux épais dans les interstices du tissu conjonctif et des cellules. Mais on ne le retrouve que rarement et difficilement dans le tissu ganglionnaire où il a été vu pour la première fois par Audry, tandis que Krefting l'avait auparavant coloré sur des coupes d'ulcération chancrelleuse périganglionnaire.

Pendant assez longtemps, les expériences entreprises pour inoculer le bacille de Ducrey-Unna échouèrent, de même que les tentatives faites pour le cultiver. Cependant en 1901, Besançon, Griffon et Lesourd, Lenglet le cultivèrent sur gélose-sang et démontrèrent la spécificité de ces cultures par des inoculations à l'homme. En 1900, Nicolle l'inoculait au singe, fait confirmé en 1905 par Thibierge, Ravaut et Lesourd. Graiagna a pu l'inoculer au lapin.

VIRULENCE

Le bubon est dit virulent ou chancreux, lorsqu'une inoculation du pus qu'il contient détermine un chancre nouveau ; cette virulence est due à une infection spécifique du bubon, c'est-à-dire à la présence, dans le pus qu'il renferme, du bacille du chancre simple, du bacille de Ducrey-Unna.

Hunter le premier, en 1872, pratiqua l'inoculation du pus d'un bubon chancreux, reproduisant ainsi un chancre et montrant que certains bubons n'étaient autres que des chancres ganglionnaires. Certains auteurs ont essayé d'expliquer par le siège même du chancre primitif, la production des bubons virulents ; les chancres qui leur donneraient naissance seraient placés aux régions de la verge les plus riches en vaisseaux lymphatiques (méat, rainure balano-préputiale). On a dit également que dans les cas d'adénite virulente, les ganglions paraissaient plus rapidement atteints par la suppuration, ainsi que les tissus qui les entourent immédiatement ; ils présentent à l'ouverture un aspect profond, anfractueux, à bord décollé ; la fréquence de la collection purulente sous la peau nous rend compte de ce décollement et

du phagédénisme qui peut succéder au bubon chancreux.

La proportion des bubons virulents serait suivant les auteurs de 10 à 25 o/o.

Les bubons non virulents, simplement inflammatoires, sont aisément différenciés des autres par l'inoculation, qui est ordinairement sans résultats et fournit très rarement des pustules septiques, non inoculables et dans le pus desquels on ne retrouve jamais le bacille de Ducrey.

1° *Le bubon est virulent d'emblée.*

Ricord, qui étudia avec soin le développement des adénites chancreuses, reconnaissait une cause unique à la virulence du bubon : la contamination extérieure. Il avait constaté, dans de nombreuses expériences, que le pus, recueilli et inoculé quelque temps après, était parfois virulent et causait au point d'inoculation, une lésion chancreuse. Ricord, et plus tard le professeur Strauss, expliquaient les faits précédents en admettant un contact direct entre les produits de sécrétion du chancre et la plaie du bubon : en les isolant l'un et l'autre par une protection soigneuse, les propriétés virulentes du chancre n'étaient pas transmises à l'abcès ganglionnaire.

Cette théorie paraît trop exclusive : l'examen du pus de nombreux bubons pratiqué dès leur ouverture, a permis en effet de reconnaître la présence du

bacille de Ducrey-Unna avant qu'une contamination quelconque ait pu se produire. Krefting, Dubreuilt, Buschke, Lasnet, Audry en ont rapporté plusieurs cas. Le bacille du chancre simple a même été découvert dans un bubon extirpé avant la suppuration. « Les constations négatives sur lames, les insuccès des auto-inoculations, nous dit Gougerot, s'expliquent par la rareté des parasites dans le pus ; la goutte étalée en frottis ou inoculée, ne contenait pas de germe vivant ; en effet, la culture sur sang gélosé, qui met en ensemencement une grande quantité de pus permet de déceler souvent la présence du bacille dans le ganglion suppuré, dans des cas où d'autres moyens d'investigation avaient donné des résultats négatifs. De plus, cette absence apparente du parasite peut encore s'expliquer par la bactériolyse du bacille sous l'influence des protéases des polynucléaires. Plusieurs fois, en effet, nous avons vu sur lames « des cadavres de bacilles réduits à l'état d'ombres incolorables ; l'étude des auto-cultures du pus de chancre mou confirme la bactériologie du bacille par le pus. Plusieurs fois, nous avons noté que le pus du bubon paraissait amicrobien, alors que la pulpe de la paroi contenait des bacilles parfois abondants, ce contraste s'expliquant facilement par la bactériolyse du parasite par le pus. D'autres fois, au contraire, nous avons obtenu *in vitro* de belles auto-cultures du bubon de Ducrey. »

La chancrellisation d'emblée du bubon ne saurait donc être mise en doute ; nous devons ajouter qu'elle

est assez rare. L'infection se fait alors uniquement par la voie lymphatique, le bacille spécifique du chancre simple atteignant les ganglions de l'aine au même titre que les microbes vulgaires de la suppuration.

2° *La virulence du bubon est tardive.*

Dans les lésions ganglionnaires que nous venons d'étudier, le caractère virulent du bubon s'est montré peu après l'apparition du chancre. Il est, au contraire, certains cas où les deux affections, chancre et bubon, évoluent l'une et l'autre sans que le dernier soit, dès l'abord, chancreux.

Les inoculations, faites dès le début de l'adénite, le pus qu'elle contient, donnent des résultats négatifs, du moins ne reproduisent pas un nouveau chancre au point d'inoculation. Le chancre primitif peut même arriver à cicatrisation complète, sans que ses produits de sécrétion contaminent les ganglions voisins, directement ou par voie lymphatique, La virulence peut cependant apparaître dans le bubon, ultérieurement à la guérison du chancre et, à ce moment, on a plusieurs fois signalé la chancrellisation secondaire de la plaie du bubon abcédé ou du bubon lui-même en voie d'évolution et sans communication extérieure.

Ces faits de virulence tardive, atteignant un bubon jusqu'alors non chancreux, s'expliquent si l'on admet que la lésion du bubon n'est pas une lésion

mono-ganglionnaire, mais une polya-dénite au-dessous du ganglion primitivement infecté, mais infecté seulement par des microbes vulgaires, d'autres ganglions contenant le bacille de Ducrey-Unna peuvent se développer, fournir un pus virulent et provoquer en s'ouvrant un bubon primitivement inoculable. Des inoculations pratiquées à ce moment détermineront l'apparition d'un chancre nouveau.

De là l'utilité de l'ablation en masse de ganglions, ablation que nous verrons recommandée par certains chirurgiens.

MOYENS LOCAUX EXTÉRIEURS

Étant donnée la fréquence avec laquelle le bubon complique le chancre mou, quarante-cinq fois pour cent en moyenne, tout malade atteint de chancrelle doit se surveiller et éviter toute irritation locale et toute fatigue. Si, en effet, le poulain est plus fréquent chez la clientèle d'hôpital, s'il est plus rare chez la femme, c'est que les fatigues, la marche, la malpropreté, les frottements jouent un grand rôle dans sa production.

En conséquence, les pansements, la protection des parties ulcérées, l'absence d'irritation, le repos devraient toujours être employés comme moyens prophylactiques. Mais, quand les ganglions de l'aine commencent à s'enflammer, s'ils ne sont pas encore suppurés, s'ils sont encore mobiles, ne s'accompagnant pas de péri-adénite, recouverts d'une peau adhérente, ayant gardé sa coloration normale, on peut espérer les voir se résoudre et disparaître simplement sous l'influence du repos au lit et de la compression associée à l'action des pansements et des topiques.

Tout traitement de bubon demeure à peu près inefficace sans le repos et l'absence d'irritation, ce sont deux conditions nécessaires à la résolution des adénites au début et à la guérison de celles qui ont déjà évolué quel que soit le traitement institué.

Le repos accompagné de la protection de la tumeur par un pansement compressif ou non est obligatoire dans tous les cas et il faut insister particulièrement auprès du malade sur la nécessité absolue de garder le lit, ce qui est souvent très difficile à obtenir. Nous sommes convaincus, pour notre part, que plusieurs insuccès de la méthode que nous indiquons plus loin, sont dûs en grande partie à l'inobservance de ce fait et au peu de docilité du malade.

La compression est un excellent adjuvant de presque toutes les méthodes de traitement du bubon.

On l'a pratiquée autrefois en installant sur la tumeur protégée par des compresses, une masse de sable ou de plomb pesant trois livres environ, procédé complétement délaissé actuellement pour le pansement ouaté compressif.

Une épaisse couche d'ouate enveloppant l'aine et la cuisse, on place au niveau de la tumeur un tampon d'ouate, on fixe ce pansement avec une bande de tarlatane humide, et on fait par dessus un spica serré de l'aine à l'aide d'une longue bande de toile.

Ce pansement est renouvelé tous les deux jours, tant que le bubon est douloureux et tant que le ganglion n'est pas diminué. On attendra pour supprimer tout à fait l'appareil et permettre au

malade de se lever, la guérison totale apparente ; encore faudra-t-il continuer à le surveiller pour recommencer le traitement à la moindre alerte.

L'action du froid a été également essayée, on a maintenu en permanence sur les bubons, sans résultat d'ailleurs, des vessies de glace.

Ce qui était plus rationnel était de tenter le traitement par la chaleur ; on sait d'après Aubert que le bacille de Ducrey ne peut vivre à une température de 38 degrés, et ce fait explique que la chancrelle ne donne jamais lieu à une adénite profonde ; le chancre mou du col de l'utérus n'injecte jamais les ganglions iliaques dont la température est trop élevée. Aubert donc, dans les cas de bubons consécutifs à la chancrelle, a donné des demi-bains à 41 degrés, il a pu, dit-il, les faire supporter assez bien pendant huit à dix heures, en versant de l'eau froide sur la tête et le tronc du patient. La température du malade s'est élevée jusqu'à 39°5 et des guérisons ont été obtenues en dix jours. Mais ce traitement très pénible est mal accepté par le malade, et complètement délaissé aujourd'hui. Il n'a du reste pas donné les résultats qu'on en attendait théoriquement. On ne s'expliquerait guère d'ailleurs son action sur le bubon généralement non virulent.

En même temps que de la compression, on peut faire sur la région enflammée des applications médicamenteuses. La teinture d'iode est le plus souvent employée. Elle demande à être maniée avec une certaine prudence, surtout depuis sa modification

par le nouveau Codex. Des applications mal faites ou trop fréquentes peuvent amener une brûlure suivie d'escarre avec parfois chancrellisation de la plaie. Aussi est-il préférable, si on ne peut faire les applications soi-même ou les confier à une main suffisamment avertie, de remplacer la teinture par une pommade iodée, beaucoup plus maniable pour le malade.

Iode métallique.....	0 gr.60
Iodure potassium.....	4 gr.
Vaseline.....	ââ 15 gr.
Lanoline.....	

Par la pommade à l'ichtyol.

Ichtyol.....	10 gr.
Vaseline.....	ââ 15 gr.
Lanoline.....	

L'onguent napolitain a été également employé ; mais il a l'inconvénient de déterminer fréquement de l'érythème mercuriel.

Cordier s'est bien trouvé des lotions locales antiseptiques suivies de badigeonnages au collodion iodoformé.

Beaucoup d'autres moyens ont été également abandonnés : le nitrate d'argent avec lequel on touchait la peau mouillée ;

Les sangsues, les scarifications qui donnaient bien souvent lieu à des complications de chancrellisation ;

De larges vésicatoires (Velpeau), de petits vésicatoires volants suivis de pansement à sublimé fort en vogue à un moment donné, il est incontestable qu'il exerce une action résolutive sur l'élément inflammatoire du bubon ; on l'a vu opérer une résorption du pus. Des foyers ganglionnaires dûment fluctuants, recouverts de larges vésicatoires volants, se sont dissipés par résolution simple, sans incision, sans ouverture d'aucune sorte, nous dit Velpeau. Ils furent de même très goûtés d'Alph. Guérin. « Ce sont, dit-il, de puissants abortifs ; il arrêtent la suppuration du bubon quelle que soit sa nature, quelle que soit sa période ; qu'il soit virulent ou non, le bubon ne suppurera pas si vous avez recours à ce traitement » (Guérin).

Mais il arrive le plus fréquemment que le bubon ne régresse pas ; la tumeur grossit ; le ganglion primitivement atteint se noie dans un empâtement de péri-adénite ; la peau adhérente rougit ; la douleur devient intolérable ; la suppuration est alors imminente, et délaissant les traitements précédents, il faut avoir recours à des méthodes plus actives pour empêcher l'ouverture spontanée du bubon suivie de toutes ses complications. Ce sont elles que nous allons étudier successivement.

PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

Nous étudierons tout d'abord les interventions de petite chirurgie ; puis, dans un autre chapitre, des opérations plus compliquées que nous appellerons opérations de grande chirurgie.

Les chirurgiens conseillent d'ouvrir le bubon dès que la fluctuation devient manifeste ; en devançant cette époque, on s'expose, en effet, à ouvrir un bubon qui peut-être n'eût pas suppuré ; de même en différant l'intervention, on favorise les décollements de la peau, la production des fusées purulentes ; on ajourne ainsi plus ou moins la cicatrisation.

Faut-il faire des incisions grandes ou petites ? Les petites incisions laissent à leur suite des cicatrices peu apparentes ; cet avantage est assurément appréciable pour beaucoup de malades qui considèrent des cicatrices trop visibles, siégeant à la région inguinale comme de honteux stigmates. Par contre, les incisions étroites, même complétées par le curettage de la poche, souvent n'assurent pas un drainage suffisant et exposent à des interventions secondaires, ce qui prolonge d'autant le séjour du malade à l'hôpital.

Les incisions larges paraissent donc plus rationnelles, elles permettent une évacuation immédiate et totale du pus contenu dans l'abcès ganglionnaire ; on pourra, de plus, pratiquer à la faveur de ces grandes incisions des lavages et un drainage vraiment efficaces.

Comment inciser ? Parallèlement ou perpendiculairement au pli de l'aine. La cicatrice qui résulte de la première, cachée dans le pli, est, en général, moins visible que celle qui succède à l'incision perpendiculaire. Dans tous les cas, nous croyons qu'il faut surtout tenir compte de la forme même du bubon et qu'il faut inciser le plus possible dans la direction de son grand diamètre.

Souvent le curettage doit compléter l'incision, il est surtout utile dans les cas d'abcès ganglionnaires uniques et superficiels ; inefficace le plus souvent quand il y a de la péri-adénite avec de nombreux ganglions volumineux, placés au-dessous du bubon incisé : dans ce dernier cas, une intervention plus chirurgicale sera nécessaire.

La ponction-incision de Broca est également une opération de petite chirurgie. Voici en quoi elle consiste :

Dès que la tumeur a acquis le volume d'une noisette, on la saisit entre deux doigts de la main gauche de manière à fixer à la fois la peau et le ganglion, puis on plonge en son centre un bistouri étroit, et, dans le trajet ainsi ouvert, une sonde cannelée, sous une pression énergique, le pus encore mal élaboré

qui existait au centre du ganglion s'échappe le long de la cannelure. Il faut « exprimer la tumeur jusqu'au sang afin d'être certain de n'y pas laisser de pus ». Chaque matin la manœuvre est répétée jusqu'à ce que la suppuration soit tarie ou que la petite ouverture soit devenue fistuleuse.

Ce traitement, en empêchant le developpement des complications, abrégerait considérablement la durée du bubon.

Mais les indications de ce procédé sont limitées par la douleur excessive de l'opération et des difficultés opératoires.

Broca avoue lui-même qu'un de ses malades poussa de véritables hurlements pendant l'opération. Quant à la difficulté opératoire, le professeur Fournier, critiquant la méthode, écrit :

« Il n'est pas toujours facile, comme j'ai pu m'en convaincre moi-même, en expérimentant la méthode de Broca, de tomber juste sur le ganglion, qui, même à une époque assez rapprochée du début de l'inflammation, est parfois englobé et confondu dans l'empâtement des tissus périphériques. On ne sait guère alors où porter le bistouri ; et l'incision faite, on n'est jamais sûr d'avoir pénétré, comme le recommande Broca, jusqu'au centre du ganglion. »

Aussi est-ce là un procédé délaissé actuellement que nous pouvons avoir des guérisons aussi rapides avec des méthodes moins douloureuses.

Quand l'adénite est monoganglionnaire, Legrain

conseille l'ablation du ganglion enflammé avec suture immédiate et sans drainage.

Premier temps. — Asepsie de la région qui, après anesthésie au chlorure d'éthyle, est incisée selon le grand axe du bubon de façon à arriver au niveau de la suppuration.

Deuxième temps. — Expression du bubon avec malaxage de toute la région, le liquide qui s'écoule ne doit plus être purulent. La cavité de l'abcès n'est pas lavée, mais épongée seulement avec des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'eau bouillie.

Troisième temps. — Suture soignée des lèvres de la plaie. Cette suture sera faite à points séparés au crin, ou même au catgut si l'opéré ne doit pas être revu.

La région est nettoyée à l'eau bouillie. Pansement au collodion. Compression légère de la région pendant plusieurs jours.

Du huitième au douzième jour, les fils peuvent être enlevés et la réunion par première intention est obtenue.

S'il s'agit de bubons avancés, avec peau violacée, amincie au-dessus de la collection, la portion cutanée de vitalité douteuse est excisée...

Dans le cas d'adénite simple, la guérison est la règle. S'il y a de la périadénite peu prononcée, elle s'atténue et disparaît après l'opération. Si, par contre, la périadénite était très marquée et dissimulait des ganglions qui s'enflammeraient successivement, il est possible qu'il faille faire une série d'opérations. Dans

ce cas, la méthode n'est pas indiquée ; ses résultats sont mauvais. Il en est autrement quand l'adénite est monoganglionnaire. On obtient alors une cicatrice, jolie et peu visible, et une guérison par première intention.

Disons maintenant un mot du drainage filiforme appliqué par Brault d'Alger, puis récemment par Simon. Ce procédé consiste à laisser à demeure dans la cavité bubonienne vidée par ponction, un ou plusieurs crins de Florence de façon à faire un drainage permanent et à empêcher l'orifice de la ponction de se refermer. Brault enlève le crin tous les jours ou tous les deux jours et fait des lavages au nitrate d'argent faible. Simon se contente de faire glisser le fil qu'il badigeonne à la teinture d'iode. Les malades guériraient ainsi en une quinzaine de jours.

Traitement chirurgical vrai.

Peu satisfaits des résultats donnés par l'incision suivie ou non de curettage des parois bubonniennes, beaucoup de chirurgiens tant en France qu'à l'étranger ont essayé d'enlever simplement comme une tumeur maligne le ou les ganglions enflammés avec ou sans la zone de péri-adénite qui les entourait. Étudions successivement leur technique et voyons quelles furent leurs statistiques.

Audry met à nu les ganglions par une incision longue de façon à permettre un accès facile de toutes

les parties malades ; l'incision sera perpendiculaire à l'arcade crurale ; l'extirpation sera ainsi plus aisée puisque le chapelet ganglionnaire est orienté dans ce sens. La ligne d'incision passera autant que possible loin du paquet vasculo-nerveux, en dedans de préférence.

Dès que la région aura été largement découverte, les ganglions atteints seront enlevés les uns après les autres à l'aide des doigts, les instruments tranchants ne devront pas servir à ces énucléations successives ; souvent, en effet, de petits ganglions sont intimement accolés aux gaines vasculaires qui parcourent la région, ils peuvent en certains cas masquer les vaisseaux à la vue et favoriser leur lésion surtout si la main de l'opérateur est armée d'un bistouri. Parfois on est obligé de fragmenter les masses ganglionnaires. En règle générale, les ganglions devront être enlevés en entier et intacts. On essaiera de les libérer en entier et dans la profondeur avant de procéder à leur énucléation.

L'étendue de la plaie opératoire varie naturellement avec le nombre et la grosseur des ganglions à extirper.

C'est ainsi qu'en cas de lésions étendues, on est amené parfois à faire une dissection complète du triangle de Scarpa. Dans ce cas, si l'on est obligé d'intéresser la saphène, on la saisira préalablement entre deux ligatures.

L'extirpation ne sera rapidement curative qu'à la condition d'être totale. On devra donc rechercher

dans la plaie soit en arrière de l'arcade, soit en dedans, vers le pubis, tous les débris de ganglions ou de parois ganglionnaires et les enlever soigneusement. Aucun de ces débris ne doit échapper à l'attention. Dans ces conditions, la récidive n'est pas à craindre. En cas d'ablation de moyenne importance, on peut se dispenser de drainage et fermer pour obtenir une réunion par première intention. Si les adénites sont volumineuses, il est préférable de drainer. Cela permet à l'écoulement de lymphe de se faire rapidement et évite une désunion secondaire.

La cicatrisation de la plaie se fait de vingt à quarante jours. Cette durée, assurément longue, n'explique pas ce fait que les bubons traités par l'extirpation sont toujours des bubons graves, multiples, depuis longtemps suppurés et souvent compliqués de décollement. Ils ont, en général, contracté d'intimes adhérences avec les tissus qui les environnent et nécessitent une ablation très large. De plus, les adénopathies ainsi opérées sont souvent des récidives que n'ont pu éviter les traitements antérieurement appliqués, l'incision simple ou l'incision d'extirpage avec curettage. Lorsque l'extirpation est précoce, la guérison est aussi plus rapide ; les ganglions enlevés étant d'un moindre volume et l'infection n'étant pas encore propagée de proche en proche. La cicatrice que laisse à sa suite l'extirpation diminue rapidement et souvent devient très peu apparente.

Il y a quelques années Gosset, dans *le Journal de Chirurgie*, donnait la technique de l'extirpation des adénites inguinales.

Même quand il y a envahissement de la peau et fistulisation, l'ablation complète des ganglions de l'aine est une opération rapide et facile, à la condition d'employer une technique appropriée. Pour les ganglions inguinaux, les seuls en question, il n'y a d'adhérence avec la veine fémorale que sur une très petite étendue, au niveau de l'anneau crural ; c'est là seulement que l'on peut blesser les veines. Par contre : il y a souvent des adhérences très intimes avec la saphène interne qui est sus-aponévrotique ou avec les ganglions cruraux ; aussi, comme la libération serait très laborieuse, il est plus simple d'extirper en un seul temps les ganglions inguinaux, la veine saphène qui leur est adhérente ainsi que les ganglions cruraux qui leur seraient adhérents. On est ainsi amené à faire un *évidement de l'aine*. C'est toujours possible ; car, quel que soit l'état des ganglions, il existe toujours en arrière d'eux et de la saphène interne, en avant de l'aponécras du moyen adducteur et du quadriceps un plan de clivage qui permet un décollement facile des ganglions et leur ablation en une seule masse.

Trois sortes d'incisions donnent accès sur la région : une incision parallèle à arcade, incision de choix pour permettre d'enlever à la fois les ganglions inguinaux et iliaques, une incision très arquée à convexité inférieure déterminant la formation d'un lambeau dont

la base répond à l'arcade crurale et dont le sommet descend à quelques centimètres au-dessous.

Enfin, s'il existe une fistule crurale, il faut recourir à l'incision verticale parallèle aux vaisseaux fémoraux en commençant au-dessus de l'arcade crurale. On peut contourner le trajet fistuleux et réséquer en même temps que les ganglions la fistule cutanée ; 2° après l'incision cutanée, section entre deux ligatures de la saphène interne ; 3° section des pédicules vasculaires :

a) Externe ou pédicule des vaisseaux circonflexes iliaques ;

b) Inférieure ou pédicule des vaisseaux sous-cutanés, abdominaux ;

c) Interne ou pédicule de la honteuse interne ;

d) Profond ou pédicule de la crosse de la saphène.

Travaille alors du doigt et des ciseaux courbes à pointe mousse. La veine fémorale est dégagée peu à peu et on finit en libérant le ganglion de Cloquet engagé dans l'anneau crural. Hémostase au catgut, et au fil de lin sur les très courtes veines ganglionnaires. Drainer un point déclive pendant quarante-huit heures. Suture soignée de la peau. Interposition d'un fort tampon de ouate, puis faire la compression et éviter tout espace mort. Mettre la cuisse en légère flexion avec abduction.

Accidents opératoires. — Si l'on fait une incision longue et si l'on opère à ciel ouvert, la blessure de la fémorale est évitée. Au cas où on la léserait, il faudrait, avec du fil de lin très fin, faire une ligature ou

une suture latérale ; en cas de section circulaire, faire une suture bout à bout ou lier les deux bouts. En effet, il y a de nombreuses anastomoses entre les veines de la cuisse et celles du bassin, de nombreux faits cliniques montrent la possibilité de la ligature de la fémorale au-dessous de l'arcade, sans gangrène du membre. Les cas de gangrène remontent à l'époque pré-antiseptique et doivent être attribués à l'oblitération de la veine sur une grande longueur par une phlébite infectieuse.

Les résultats sont bons. Le malade guérit en une quinzaine de jours. Il peut se produire une fistule lymphatique, mais elle ne persiste pas. Les résultats éloignés sont bons également, quelquefois on note dans l'incision verticale une cicatrice rétractile et dure qui peut amener un peu de gêne dans les mouvements de la cuisse.

Pousson, en 1902, insiste sur les complications des bubons soignés par la méthode médicale, complications immédiates (décollements, fièvres purulentes, gangrène des téguments, phagédénisme) ou éloignées (anévrisme de la fémorale) et déclare que le meilleur moyen de les empêcher est de traiter les bubons comme une tumeur maligne pour supprimer à la fois les germes infectieux et les lésions. Malheureusement il ne nous parle que de deux malades opérés par lui, l'un guéri en huit jours, l'autre en dix jours.

Le Dantec énuclée en masse, comme une tumeur maligne toute la masse ganglionnaire de la région inguino-crurale. Il pratique une contre-ouverture de

drainage à l'angle inféro-interne de la cavité et fait une suture profonde dite « de capitonnage ».

A l'étranger, de nombreux auteurs ont employé la méthode chirurgicale.

Kreinl, de Chicago, opère d'après la technique de Legrain et a de bons résultats : presque toujours réunion par première intention.

Cushing, de Boston, fit plusieurs fois l'extirpation avec de bons résultats (3 cas sur 4 réunis *per primam*).

Watson, en 1893, nous dit avoir traité 20 malades dont 2 avec adénite bilatérale, soit 22 opérations avec 10 cas de réunion *per primam*. Les malades ont été pris au hasard et présentaient tous de l'inflammation, même de la nécrose de la peau ; tous, sauf un, avaient plusieurs abcès. La durée moyenne d'hospitalisation fut de seize jours.

La plus courte de dix jours, la plus longue de vingt-huit.

Voici sa technique :

Formation d'un lambeau à concavité inférieure ; ablation complète de tous les tissus mortifiés ou en voies de nécrose ; dissection poussée, s'il le faut, jusqu'à l'aponévrose abdominale en haut, en bas, jusqu'aux vaisseaux fémoraux ou à l'anneau inguinal externe ; drainage et suture à points séparés.

D'autres malades soignés différemment par le même auteur restèrent en moyenne trente-cinq jours à l'hôpital.

Scaduto, dans les cas d'adénite monoganglionnaire,

fait l'extirpation et tente de retenir par première intention. Dans les gros bubons avec polyadénite, incision et curettage ; pansement iodoformé et, si la plaie a bon aspect et bourgeonne bien, tentative de réunion vers le septième ou le huitième jour par une suture en masse des bords et du fond de la plaie. C'est ce qu'il appelle réunion primo-secondaire. Yocan, de Washington, nous dit, en 1896, guérir ses malades de quatre à douze jours. Voici quelle est sa technique : disection et extirpation des glandes et de tous les tissus nécrosés à l'entour, puis curettage. Lavage à l'eau stérilisée chaude et réunion par points séparés après que la cavité a été comblée par de l'acide borique ; le drainage n'est utile que pour les mauvais cas qui ont été très mal soignés antérieurement et qui sont très infectés.

A Vienne, Mosetig-Morhoof recommande l'extirpation des glandes malades.

Technique. — Incision perpendiculaire à arcade à un travers de doigt en dedans des vaisseaux fémoraux.

Dissection de tout le paquet glandulaire qui est abordé latéralement autant que possible ; avoir bien soin de ne pas crever la capsule ganglionnaire afin d'éviter d'ensemencer la plaie. Au besoin, curettage de la plaie qui doit être franche et nette. Poursuivre les petits débris ganglionnaires vers le pubis et vers l'entrée du bassin. Mettre deux ou trois points de suture à la partie inférieure de la plaie. Cicatrisation secondaire en trois à six semaines.

En Allemagne, Poelchon, Kumell, Ulmann, Eckert, Cedernkreuz, Bukowsky Spytscha sont des partisans convaincus de l'opération radicale. Ils la réservent aux cas graves déjà traités différemment pour la plupart.

Voici du reste quelques chiffres rapportés par ces auteurs :

	Nombre de cas traités	Durée moyenne du traitement
	—	—
Spietschka	87	42 jours
Eckert	365	45 —
Ulmann, 1re manière sans suture.	22	38 —
Bukowsky, 1892	?	37 —
— 1893	?	35 —
— 1896	31	37 —
Ulmann, 2e manière avec suture.	16	37 —
— Sans suture	4	36 —
Ulmann, adénite fistuleuse avec suture	7	28 —
Cedernkreuz	74	35 —
Kumell	27	30 —
Soit	627 cas guéris en 36 jours de moyenne.	

Avant de terminer, nous ne pouvons pas passer sous silence quelques-uns des griefs qui ont été reprochés au traitement chirurgical.

Riedel décrit un cas d'œdème et d'éléphantiasis des grandes lèvres, survenu après extirpation des ganglions inguinaux.

Mermet rapporte un cas d'éléphantiasis de la jambe gauche avec œdème du scrotum consécutif à l'ablation d'un bubon blennorragique gauche.

Jadassohn a observé un homme de quarante-deux ans chez qui l'extirpation des masses ganglionnaires du pli de l'aine fut suivie d'œdème scrotal.

Treibles parle d'éléphantiasis vulvaire après l'ablation d'un bubon.

Koch signale chez plusieurs femmes l'existence d'œdème chronique des grandes lèvres accompagné d'ulcérations et note que les sujets porteurs de ces altérations ont eu des suppurations ganglionnaires.

Brouardel, en 1886, cite l'observation d'un syphilitique qui, deux ans après une opération radicale pour adénite inguinale suppurée bilatérale, très volumineuse à gauche, de dimension moyenne à droite, eut plusieurs poussées d'éléphantiasis des organes génitaux externes. Il est juste de dire que, chaque fois, il fut amélioré par le traitement spécifique.

En 1912, dans *les Annales d'Hygiène coloniale*, Gaide et Keravan rapportent l'histoire de six malades opérés par Le Dantec et présentant tous des complications sérieuses. Deux cas d'œdème des membres inférieurs, avec bride formée par cicatrices vicieuses, deux cas de récidive d'adénite suppurée quoique l'extirpation ait été faite, à la suite d'une plaie banale, un cas de phénomènes infectieux intenses du membre inférieur gauche, nécessitant un séjour de trois mois à l'hôpital de Marseille, et enfin un cas de suppuration interminable chez un hémophile, avec fistulisation, lymphangite, phlébite et troubles trophiques qui s'est terminé par l'ampu-

tation sous-trochantérienne de la cuisse, dix-huit mois après l'intervention primitive.

Ces faits nous montrent que cette méthode, si séduisante soit-elle à première vue, ne doit être appliquée qu'à bon escient et par un chirurgien de carrière, de main très avertie, afin de ne pas faire courir au malade des risques disproportionnés avec les avantages qu'il peut retirer de l'intervention médicale.

LA PONCTION AU BISTOURI, SUIVIE D'INJECTION IODOFORMÉE

Étudions maintenant deux méthodes très semblables dont l'une fut appliquée à l'étranger par Otis et l'autre en France par Fontan.

Voici comment procède Otis :

Après avoir rendu la peau aseptique par un lavage au savon vert, à l'éther sulfurique, puis à une solution de sublimé à 1/1000, un bistouri étroit est introduit dans la cavité de l'abcès, le contenu est doucement, mais parfaitement expulsé. La cavité est lavée avec une solution de sublimé à 1/1000, puis rempli jusqu'à distension modérée avec un onguent iodoformé chaud à 10/1000, en prenant soin que l'élévation de la température ne soit pas assez grande pour mettre l'iode en liberté. La seringue employée en ce cas est la seringue de verre ordinaire. L'extrémité de la seringue étant détachée, on en chauffe légèrement le corps dans la flamme d'une lampe à alcool, on la remplit d'onguent à l'aide d'une spatule, puis on replace l'aiguille. A la fin de l'injection, au moment où l'on retire la seringue de la plaie, on applique une compresse imbibée d'une

solution de bichlorure très froide ; l'onguent se solidifie instantanément, à l'orifice de la plaie, s'opposant ainsi à l'issue de ce que contient la cavité purulente. On applique par dessus une épaisse compresse de gaze au bichlorure, recouverte par un tampon d'ouate, le tout retenu par un spica bien serré. On lève le premier pansement le quatrième jour si tout va bien, on se contente de faire un nouveau pansement ; s'il y a menace d'inflammation, on répète l'opération.

Otis résume ainsi les avantages de sa méthode :

1° Elle est simple et sûre ;

2° Dans le cas où elle est applicable, la guérison est en général plus prompte que par toute autre méthode ;

3° Elle n'empêche pas le malade d'aller et de venir pendant la durée du traitement ;

4° Le premier ganglion ainsi rendu aseptique, l'asepsie se propage et les autres ganglions de la chaîne ont moins de chance de suppurer ;

5° Elle ne laisse pas de cicatrice ;

6° Elle n'empêche aucun traitement chirurgical ultérieur.

De même que la méthode d'Otis, celle de Fontan se propose de détruire les microbes par des lavages antiseptiques ; d'injecter dans la poche une substance antiseptique, capable de pénétrer d'une manière permanente jusqu'aux moindres anfractuosités et de donner un coup de fouet à l'activité endormie des parois bubonniennes.

Voici quels sont les différents temps de l'opération :

1° Lavage et antisepsie de la région, à l'aide d'une solution de van Swieten ;

2° Ponction à la lancette, si la peau est amincie ; au bistouri étroit, si le pus est encore profond ;

3° Évacuation du pus ; expression complète du produit contenu dans le ganglion ;

4° Injection de vaseline iodoformée à 1/10 liquéfiée par la chaleur ;

5° Pansement au coton bichloruré.

La ponction doit être faite au point le plus fluctuant, sans rechercher le point le plus déclive, puisqu'il ne doit pas y avoir d'écoulement les jours suivants. Elle doit être faite au centre, pour que le pus, chassé avec les doigts de tous les points fluctuants, puisse y affluer.

L'évacuation complète du pus est nécessaire et constitue le temps le plus long de l'opération ; elle est assez douloureuse, surtout quand il y a déjà de l'inflammation, mais le bénéfice de la méthode est tel qu'il ne faut pas se laisser arrêter par cette considération. Il faut malaxer la tumeur jusqu'à ce qu'il n'en sorte plus rien.

On fait alors un lavage interne de la poche en injectant une solution de sublimé à 1/1000 qu'on laisse quelques secondes en contact avec les parois. Il arrive quelquefois que les pressions exercées déterminent un certain écoulement du sang. On applique alors un tampon de coton imbibé de la solution de

sublimé froide, et on exerce une légère compression pendant quelques minutes, cela suffit pour arrêter l'écoulement sanguin et on enlève ce qui reste de sang dans la poche par un lavage au sublimé.

On procède alors à l'injection de la vaseline iodoformée que l'on a liquéfiée en plaçant le récipient qui la contient dans l'eau à 50 degrés, elle se fige dans la poche en redescendant au-dessous de 42 degrés, qui est son point de liquéfaction. La quantité injectée doit être suffisante pour remplir, sans la distendre, la cavité du bubon. Aussitôt après, et avant que la vaseline liquide reflue, une plaque de coton, mouillée de van Swieten froid, est appliquée sur l'adénite et maintenue par un spica.

Les suites de l'opération sont aussi simples que rapides. Dès le premier jour, la douleur a disparu, les jours suivants, la région reprend son aspect normal, la peau sa souplesse, et la guérison, qui est complète dans une moyenne de six à sept jours, ne laisse après elle aucune cicatrice, aucune trace visible, ce qui constitue encore un avantage appréciable de la méthode.

La réunion de la plaie s'accomplit dans des conditions un peu variables. Elle est parfois immédiate. Fontan estime que ce résultat est obtenu une fois sur huit. Dans ce cas, dès le lendemain, la guérison est complète, l'opéré se lève et marche sans douleur, sans aucune gêne, il peut reprendre ses occupations bien que le bubon conserve son aspect fluctuant, par suite de l'inclusion d'une certaine quantité de vase-

line. On pourrait croire, si les douleurs et l'inflammation n'étaient tout à fait tombées, qu'il s'y est reformé du pus, et être tenté de ponctionner à nouveau. Erreur à éviter, car la vaseline sera complètetement résorbée.

Dans les autres cas, si la guérison n'est pas immédiate, les petites plaies laissent passer un peu de vaseline avec quelques gouttes de pus. Il faut alors laver et penser avec l'iodoforme en poudre. Si la cavité ne paraît pas bien effacée, on refera au bout de deux jours une nouvelle injection de vaseline iodoformée, suivie au besoin d'une troisième, deux jours plus tard, et si la plaie n'a pas été infectée par suite d'une faute contre l'antisepsie, la suppression du pus sera rapide, et la guérison complète obtenue dans les huit jours ; très exceptionnellement dans les quinze jours.

Le seul cas où la méthode soit impuissante, c'est quand la peau largement décollée, violacée, amincie, n'a plus une vitalité suffisante et est condamnée à l'élimination, quelque traitement que l'on puisse employer. Dans tous les autres cas, le succès sera certain et rapide sous la réserve d'une antisepsie parfaite.

Fontan a publié en 1889, en 1894, une statistique donnant les résultats de sa méthode :

Sur 41 bubons soignés par lui :

5 ont guéri en 24 heures.
18 ont guéri de 2 à 5 jours.
5 — 5 à 10 —
6 — 10 à 15 —
4 — 15 à 23 —

Trois peuvent être regardés comme des insuccès et ont dû être opérés ultérieurement.

Le même auteur rapporte une statistique de 41 cas soignés en 1887,1888 au même hôpital, mais par des méthodes différentes de la mienne : caustique de Vienne, incision large avec pansements divers : charpie, vin aromatique, teinture d'iode, styrax et même iodoforme en poudre.

2 ont guéri en 9 et 10 jours
9 ont mis de 10 à 20 —
4 — 20 à 30 —
9 — 30 à 40 —
6 — 40 à 50 —
11 — 50 à 125 —

De 1889 à 1894, sur 183 bubons opérés selon sa méthode à l'hôpital Saint-Mandrier :

125 ont guéri en moins de 10 jours
30 ont mis de 10 à 15 —
8 — 15 à 20 —
6 — 20 à 30 —

Enfin, 16 opérations avec rechutes ont été considérées comme insuccès et ont demandé un autre traitement.

Durant le même laps de temps, sur 116 bubons opérés selon différentes méthodes (longue incision, lavage à l'iodure de potassium, drainage, lavage au chlorate de potasse, thermocautère, lavages bichlorurés, naphtol camphré, phénol camphré, mèche iodoformée, etc.).

10	ont guéri	en moins de	10	jours	
12	ont mis	de 10 à	15	—	
25	—	15 à	20	—	
28	—	20 à	30	—	
21	—	30 à	190	—	(maximum)

En somme, nous voyons que les principaux avantages de la méthode de Fontan sont :

1° Sa facilité d'application ;

2° La rapidité de la guérison des malades ;

3° La rareté des récidives et des complications ;

4° L'absence de cicatrice visible.

La technique de Fontan a été suivie par de nombreux auteurs soit pure, soit modifiée.

Ainsi Virgalta n'occlut pas la plaie après l'injection de vaseline semi-liquide ; de plus, au lieu d'attendre trois ou quatre jours avant de recommencer la ponction-injection, il la fait tous les jours. Il guérit ainsi ses malades en onze à quinze jours.

L'Américain Howland opère ainsi :

Désinfection de la peau lavée une avec solution de bichlorure de mercure à 1/1000, incision au lieu d'élection avec un bistouri lancéolé, puis expression du pus. Lavage à l'eau oxygénée, puis jusqu'à ce que

la cavité soit nettoyée complètement, irrigation de la cavité pendant deux ou trois minutes avec solution de bichlorure à 1/3000. Insufflation et remplissage de la cavité par du glutol. Pansement sec à la gaze bichlorurée à 1/3000.

Voici un tableau qui fait mieux ressortir la comparaison.

Durée du traitement	Méthode Fontan pour 100	Autres méthodes pour 100
De 0 à 10 jours.....	68 o/o	8 o/o
De 10 à 15 jours.....	17 o/o	10 o/o
De 15 à 20 jours.....	4 o/o	22 o/o
De 20 à 30 jours.....	3,4 o/o	24
Insuccès.....	7,6 o/o	36

Sur 34 malades soignés par cette méthode, 28 furent guéris en six jours, 7 en neuf jours, 3 en douze jours, et 2 en dix-huit jours ; moyenne de durée du traitement : onze jours.

Hermann de Vienne procède comme Fontan : ponction au bistouri lancéolé et dilacération de la capsule du ganglion ; expression du pus et injection dans la cavité d'une émulsion de glycérine iodoformée à 10 o/o.

5	ont guéri en	4	jours environ	8 o/o
19	—	5	—	31 o/o
16	—	6	—	26 o/o
9	—	7	—	14 1/2 o/o
7	—	8	—	11 1/2 o/o
2	—	9	—	3 o/o
3	—	10	—	5 o/o

Cedernkreuz emploie la même technique et se sert de vaseline iodoformée à 10 o/o.

Sur 19 bubons ainsi traités, le résultat fut favorable dans 14 cas, soit 73 o/o ; la durée moyenne du traitement fut de neuf jours, alors que, dans une autre statistique, le même auteur donne trente-cinq jours comme durée moyenne de 74 bubons traités chirurgicalement.

Nous verrons plus loin, en parlant des injections médicamenteuses, que la méthode de Welander appliquée par le même auteur à la cure de 13 bubons, réussit cinq fois, soit 38, 5 o/o. La durée moyenne du traitement fut de quinze jours.

La méthode de Lang lui permit d'abaisser de deux jours la durée moyenne du traitement.

Appliquée à 66 cas, elle réussit cinquante fois, soit 75, 8 o/o. La durée moyenne du traitement fut de treize jours.

Nous avons tenu à rapprocher ici ces différents chiffres, car ils sont donnés par le même auteur, appliquant des méthodes différentes ; ils sont donc plus facilement comparables et c'est à cause de cela qu'ils nous paraissent particulièrement intéressants.

Cette statistique ainsi que celles d'Otis et de Fontan montrent bien qu'au point de vue de la durée du traitement, cette méthode, quand elle réussit, soit de beaucoup supérieure aux autres (chirurgicales, injections médicamenteuses). Cela est vrai sans aucun doute, mais le grave reproche qu'on puisse lui faire, c'est d'être très difficilement acceptée par le malade, car elle est très douloureuse. L'expression complète du produit contenu dans le ganglion est presque aussi douloureuse que la malaxation décrite par Broca.

Les malades de Fontan étaient des coloniaux endurcis, à sensibilité émoussée, que l'autorité militaire avait grand intérêt à ne pas laisser séjourner longtemps à l'hôpital et qui étaient très capables de supporter le traitement. Il n'en est plus de même dans la clientèle civile. Aussi croyons-nous qu'en ville cette méthode est difficilement applicable et qu'elle ne serait pas acceptée par le malade.

La méthode de Bier

L'hyperhémie est le grand moyen de défense de l'organisme. Il se produit une hyperhémie physiologique dans tous les actes de croissance, de défense, de régénération. Cherchant à provoquer ou à augmenter cette réaction, le professeur Bier qui a écrit en tête de son traité sur l'hyperhémie et son action thérapeutique : « on ne commande à la nature qu'en

suivant ses voies », a cherché les conditions dans lesquelles elle se produit, les agents qui la provoquent et les applications thérapeutiques qu'on ne peut tirer.

Il distingue tout d'abord deux sortes d'hyperhémie : une hyperhémie active, artérielle, provoquée par la chaleur, le mouvement, les frictions, les agents chimiques, qui résulte d'une irrigation sanguine plus abondante, et une hyperhémie passive obtenue par stase veineuse. C'est elle qui va nous intéresser.

On peut la produire à l'aide d'une bande de caoutchouc enroulée à la racine d'un membre et comprimant son réseau veineux, ou bien à l'aide de ventouses sèches lorsque l'application de la bande est impossible ou lorsqu'on peut localiser l'action hyperhémiante.

Ces ventouses de toutes tailles, de toutes formes, peuvent s'adapter à toutes les régions et recouvrir toute la surface de la peau que l'on désire ; elles sont munies de poires en caoutchouc et s'adaptent à un appareil aspirateur de façon à produire le degré d'aspiration que l'on veut. Celles qui peuvent servir au traitement des bubons sont munies d'une poire tantôt fixée directement sur la ventouse, tantôt reliée à elle par un tuyau de caoutchouc ; ces dernières sont préférables car elles peuvent se démonter plus facilement pour être lavées et bouillies.

Pour Bier, l'hyperhémie aurait une quadruple action : elle serait à la fois analgésique, bactéricide, résolutive, nutritive.

D'après les auteurs qui ont appliqué la méthode, tous les malades se trouvent soulagés après chaque application.

L'action bactéricide est produite soit par l'action directe ou indirecte des leucocytes, directe par phagocytose (Bier), indirecte par production d'enzymes (Buchner), soit grâce à l'augmentation de l'alcalinité du sérum et à sa plus riche teneur en acide carbonique, ce qui augmenterait considérablement son pouvoir bactéricide (Hamburger).

Une action résolutive et une action nutritive produites probablement par des phénomènes vasculaires mécaniques.

Les ventouses dont on se sert sont de simples cloches de verre de 5 à 8 centimètres de diamètre reliées à une poire de caoutchouc par un simple tuyau de caoutchouc long de 7 à 8 centimètres. Les bords seraient épais et légèrement incurvés pour s'adapter à la peau.

Après préparation du malade, la région sera de vaseline ainsi que les bords de la ventouse autant pour faciliter l'adhérence de celle-ci que pour protéger la peau rasée contre les inoculations possibles par écoulement du pus dans le cas de bubon ouvert ou ponctionné.

Ceci fait, on applique la ventouse, il faut ne faire qu'un vide modéré, la peau ne doit être que peu attirée à l'intérieur, elle doit à peine rougir ; si elle devenait d'un rouge foncé, il faudrait lever la ventouse et la replacer en faisant l'aspiration moins

fort. Cette application ne doit pas être douloureuse et le malade ne doit accuser qu'une impression de tension. La région ne doit pas se congestionner, aussi est-il bon de faire des applications intermittentes : laisser la ventouse cinq minutes, la lever pendant trois minutes et la replacer cinq nouvelles minutes. La séance dure environ une heure. Si le bubon est ouvert ou a été ponctionné, l'aspiration sera faite dès que le vide aura été comblé en partie par le pus. Si le bubon n'est pas ouvert, on peut faire deux applications d'une demi-heure, une le matin, l'autre le soir et sans interruption. La séance terminée, on fait sur le bubon un pansement antiseptique légèrement compressif, le malade garde le lit. Ainsi traité tout au début, le bubon peut avorter. Mais, s'il se forme du pus, il faut lui donner issue par ponction capillaire faite avec une aiguille assez grosse, car il arrive que le pus est tellement épais qu'il peut obstruer une aiguille moyenne.

La ventouse étant appliquée sur le bubon ponctionné, on voit le pus sourdre de la piqûre et s'accumuler dans la cloche. Les premiers jours, il est généralement peu abondant, mais bientôt il jaillit en telle quantité qu'il est nécessaire de lever la ventouse pour l'enlever ; peu à peu on le voit diminuer de quantité et s'éclaircir, ce n'est à la fin qu'un écoulement de sérosité citrine qui cesse bientôt.

Généralement il n'est pas utile de faire des ponctions répétées. Les applications de la ventouse aspiratrice sont assez rapprochées pour que l'orifice de

la piqûre ne se cicatrise pas, le pus s'en écoulant à chaque aspiration. Rien d'ailleurs ne serait aussi facile que d'enlever une croûtelle qui obstrue l'orifice ou de faire une seconde ponction à la place de l'ancienne. Ces piqûres ne laissent aucune cicatrice.

La guérison se fait en une quinzaine de jours en moyenne, à partir du début du traitement. Avec l'aspiration seule, la durée du bubon est de vingt-quatre jour (Le Pileur). La ventouse ferait donc gagner une semaine. L'effet semble surtout se produire à la dernière période de l'affection. Il est remarquable de voir à ce moment avec quelle rapidité la réparation se fait ; en deux ou trois jours la tumeur se résout, s'affaisse, pâlit et se sèche.

On peut, par des injections médicamenteuses, écourter la durée du traitement. Après la ponction aspiratrice, on injecte un centimètre cube d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1 o/oo tout en continuant matin et soir les applications de ventouses. Les résultats obtenus sont excellents : guérisons de sept à douze jours. L'injection d'oxycyanure donne lieu pendant deux ou trois minutes au plus à une sensation de cuisson légère qui se dissipe aussitôt. Le lendemain on trouve le bubon tendu, fluctuant, la ponction et l'aspiration par la ventouse donnent issue à un liquide à peine louche. Les bubons s'affaissent et se décolorent en quelques jours (Queyrat).

D'autres médicaments ont été employés. C'est ainsi que Joseph se servait de l'iodoforme. « Aussitôt, dit-il, qu'il y a engorgement des ganglions lympha-

tiques avec rougeur de la peau et adhérences aux plaies profondes, il faut ponctionner au bistouri la partie acuminée de la tumeur, faire deux applications de la ventouse de quinze minutes la première et de trente minutes la seconde, avec des intervalles de repos de deux ou trois minutes quand le patient se fatigue ou que la peau est trop congestionnée, puis pansement à l'iodoforme. Dès les premières applications, on constate la disparition des douleurs. La guérison se fait, suivant les cas, dans un délai de neuf à vingt-trois jours. La cicatrice est jolie, à peine visible et il n'y a pas de récidive. »

Stenczel et Rosenthal font des applications journalières de trois quarts d'heure. Toutes les cinq minutes on laisse rentrer un peu d'air pendant deux ou trois minutes. Après la séance et dans leur intervalle, pansement humide très chaud. Ils arrivent ainsi à arrêter l'inflammation et la suppuration, même dans trois cas où les ganglions avaient commencé à se ramollir.

Dès que la fluctuation est perceptible, ils font au point culminant une incision de un demi à un centimètre.

Si l'adénite est volumineuse ou s'il y a de la polyadénite avec empâtement, ils font une deuxième ou une troisième incision. Ils continuent les pansements humides et chauds.

En opérant ainsi ils arrivent à réduire d'un tiers ou même d'un quart le traitement hospitalier de leurs malades.

Genken, médecin de la garde à cheval à Saint-Pétersbourg, qui traitait ses malades par l'incision longue avec pansement iodoformé mettait soixante-treize à soixante-dix sept jours pour les amener à la cicatrisation. Il applique la méthode de Bier pure et voit la durée moyenne d'hospitalisation tomber à vingt-cinq jours. Il ponctionne et fait dans les intervalles des applications de la ventouse, des lavages à glycérine iodoformée à 20 o/o et voit ses malades guérir entre onze et quatorze jours.

Von Zumbusck, de Vienne, ponctionne d'après la méthode de Lang, aspire avec la ventouse de Bier et injecte un mélange d'iode et de formaldéhyde. Il traite ainsi 25 cas qu'il guérit en moyenne en dix-huit jours, comme nous le montre la statistique suivante :

N° des observations		Nature de la maladie	Durée du traitement
1	F. K...	Chancre mou + bubon bilatéral.	13 jours
2	R. K...	Luer. latent + bubon gauche.	10 —
3	O. B...	Bubon bilat. + uréth. chronique.	20 —
4	K. H...	Chancre mou + bubon gauche.	8 —
5	J. B...	Bubon droit + luer. latent + bleu.	14 —
6	F. P...	Chancre mou + bubon gauche.	15 —
7	A. H...	Chancre mou + bubon droit.	20 —
8	J. Z...	Luer. bubon droit.	15 —
9	F. H...	Chancre mou + bubon gauche.	14 —
10	W. E...	Bubon gauche.	6 —
11	A. S...	Chancre mou, bubon droit.	27 —
12	F. K...	Bubon gauche.	15 —
13	V. D...	Bubon droit.	33 —
14	W. H...	Chancre mou + bubon droit.	5 —
15	J. B...	Chancre mou + bubon droit.	23 —
16	J. P...	Bubon droit.	28 —
17	A. M...	Bubon gauche.	5 —
18	J. B...	Chancre mou + bubon gauche.	12 —
19	J. S...	Chancre mou + bubon gauche.	25 —
20	J. G...	Chancre mou + bubon droit.	18 —
21	J. K...	Chancre mou + bubon droit.	19 —
22	J. B...	Bubon droit.	38 —
23	A. G...	Chancre mou + bub. gauche.	24 —
24	J. S...	Chancre mou + bub. bilat.	20 —
25	D. V...	Bubon bilat.	19 —

LA RADIOTHÉRAPIE

Cette méthode employée à l'étranger par Reiner de Vienne et par Lassueur de Lausanne est encore peu connue.

Ce dernier auteur publie les observations de seize malades heureusement traités par les rayons X.

Dans les cas où le bubon n'a pas suppuré, il fait en une séance 5 H rayons n° 6 à 7. Trois à six jours après, l'inflammation a disparu, la peau est de couleur normale, les glandes ont diminué de volume. Les malades sont guéris en dix jours.

Si la fluctuation est manifeste, il ponctionne le bubon et fait après une séance de rayons 5 H, n° 6 à 7. La guérison survient en quinze à vingt jours.

Ce sont là des résultats satisfaisants qui montrent que la méthode peut être intéressante pour le médecin spécialiste, mais non pour le simple praticien qui n'a pas à sa disposition l'appareillage nécessaire pour pouvoir l'appliquer.

DE LA MÉTHODE ASPIRATRICE

En 1873, Jullien fut le premier, en France, à pratiquer l'aspiration. « La ponction, dit-il, doit être pratiquée obliquement et de préférence à la partie la plus déclive, en évitant toutefois le point où la peau est trop amincie. Le trocart ayant traversé la peau et pénétré dans la poche, on met celle-ci en communication avec le récipient dans lequel on a fait le vide auparavant et on aspire l'abcès aussi complètement que possible ». Jullien n'eut pas de résultats excellents.

En 1874, M. Le Pileur recommande dans sa thèse sur le traitement des bubons, l'emploi de la ponction aspiratrice. Il se servit tout d'abord des appareils de Potin et de Dieulafoy ; puis, plus simplement, de la seringue de Pravaz, instrument bien suffisant pour les quantités de pus contenues dans un bubon. Voici sa pratique :

Après aseptisation de la peau, on enfonce dans la partie la plus fluctuante du bubon une aiguille assez grosse pour que le pus quelquefois très épais n'en bouche pas l'orifice ; à l'aide d'une seringue on vide

le bubon par aspiration, on retire l'aiguille et introduit dans l'orifice de la piqûre une fine mèche de coton imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 1/30. Il fait par dessus un pansement antiseptique et un bandage compressif. Les malades doivent garder le repos au lit. La ponction est répétée au fur et à mesure que le pus se reforme dans le bubon. Tous les deux ou trois jours en moyenne, en pratiquant la nouvelle piqûre à la place non cicatrisée encore de l'ancienne. A la guérison, l'orifice de la ponction se referme sans laisser de cicatrice. Dans les cas de bubons virulents, il est nécessaire de compléter le traitement, complétement indolore et très bien accepté des malades, par l'injection d'un centimètre cube d'une solution de nitrate d'argent à 1/50. On pourra ainsi enrayer la virulence du bubon, sinon il faudrait avoir recours à son traitement nécessaire, l'incision,

Nous emprunterons au Dr Le Pileur ses conclusions ; la méthode de l'aspiration, dit-il ;

1° Convient à toutes les adénites suppurées quelles que soient leur origine et leur nature ;

2° La guérison est obtenue avec des cicatrices invisibles ou du moins insignifiantes ;

3° La durée de la maladie est plus courte (vingt-quatre journées en moyenne depuis le jour de l'opération) ;

4° Celle-ci doit être pratiquée quand le pus est bien collecté et la fluctuation bien évidente.

M. Le Pileur a appliqué son traitement à toutes les adénites inguinales, mais il cite dans sa thèse une

statistique de Lieherman qui a traité par la méthode de l'aspiration 36 bubons vénériens et a obtenu les résultats suivants :

Neuf adénites virulentes ; succès dans 5 cas, insuccès dans 4. Dans les cas de réussite, la moyenne de traitement a été de vingt-deux jours et la moyenne d'aspiration de 10.

27 adénites lymphatiques parmi lesquelles :

10 adénites à la suite de chancres mous.

4 guérisons en 4 à 8 jours
6 — de 5 à 21 —

14 adénites à la suite de chancre mixte :

9 guérisons en 15 jours
5 — en 3 semaines à 1 mois

3 adénites d'emblée.

2 guérisons au bout de 8 jours
1 — au bout d'un mois

Ce qui, en additionnant les cas fait. Le traitement a ainsi une durée moyenne de seize jours.

Cette méthode si simple, donne des résultats excellents au point de vue esthétique, mais il faut attendre que le bubon soit arrivé à la suppuration, aussi a-t-on cherché à l'aide d'injections médicamenteuses à abréger la durée du traitement en faisant avorter le bubon.

DES INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les injections médicamenteuses les plus diverses ont été employées dans le but de perfectionner la méthode de la ponction aspiratrice. Les uns attendent que le bubon soit suppuré pour porter le médicament dans sa cavité, les autres cherchent à devancette suppuration par des injections intraganglionnaires pratiquées dès le début de l'affection.

Hanse publia en 1830 deux observations de bubons suppurés guéris en dix jours par des injections composées de deux parties de vin aromatique pour une de teinture d'iode.

Marchal de Calvé préconise également cette méthode.

Von Eichstorff rapporte 13 observations de bubons vénériens traités par la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé ; la guérison a été dans tous les cas complète au bout de peu de temps, sans trace de cicatrices.

Après avoir pris les précautions antiseptiques, la tumeur est ponctionnée au point le plus fluctuant avec un trocart à hydrocèle, le pus est évacué et la cavité lavée avec de l'eau phéniquée au 1/20, puis on

injecte une petite quantité d'éther iodoformé à 10 o/o. Il faut veiller à ce que l'éther, volatilisé par la chaleur du corps, ne distende pas trop la poche et avoir soin de le laisser s'évaporer par la canule maintenue en place. Enfin on fait un pansement à la gaze iodoformée, une compression légère, le malade doit garder le repos au lit.

Le pansement est enlevé au bout de quatre jours, le liquide séreux qui emplit la cavité est enlevé par l'ouverture laissée par le trocart et l'on fait un autre pansement que le malade garde huit jours. Dans le cas de bubon chancreux, on est quelquefois obligé de faire une seconde injection d'éther iodoformé. La méthode n'abrège guère la durée du bubon.

Gamel, de Marseille, se contente d'injecter une fois par semaine, dans le bubon suppuré, 1 centimètre cube d'éther iodoformé.

Welander, de Stockholm, pensant que la plupart des bubons étaient dus à l'infiltration par les plaies et les voies lymphatiques des microbes de la suppuration, eut l'idée d'arrêter le processus infectieux par l'injection : dans le bubon commençant et la périadénite, d'une solution de benzoate de mercure à 1 o/o, d'après la formule :

Benzoate de mercure.	1 gr.
NaCl de mercure....	0 gr. 50
Eau.....	100 gr.

On injectait 1 centimètre cube de cette solution et on faisait ensuite un pansement compressif. Le jour

même le malade avait d'assez vives douleurs. Les jour suivants, il avait du gonflement des parties. Le dégonflement et la résolution s'opéraient dans un délai de trois semaines environ.

Dans les cas favorables, la guérison était obtenue en une dizaine de jours, mais dans les deux tiers de cas, le bubon continuait son évolution.

Voici du reste ce que Welander dit de sa méthode :

1° Si le bubon est virulent, une injection de benzoate de Hg. ne peut pas empêcher son développement s'il suppure ;

2° Si la fluctuation est prononcée, la peau amincie et rouge-bleue, l'injection ne peut être utile qu'en ce sens que l'infiltration disparaît plus rapidement, mais en général il faut ouvrir le bubon ;

3° S'il y a une fluctuation assez marquée, mais que la peau presque rouge soit encore épaisse et saine, il est probable qu'en faisant une injection dans les parties avoisinantes infiltrées du bubon, il ne sera pas nécessaire de recourir à l'incision ;

4° S'il n'existe que la fluctuation insignifiante, il est extrêmement probable (90 o/o) que, quand même pendant deux jours quelques gouttes de pus pourraient s'échapper de la piqûre, le bubon disparaîtra sans laisser dans la peau la plus légère cicatrice.

En 1892, le Dr Loetnith, d'Odessa, applique la méthode de Welander et obtient un résultat favorable dans 87 o/o des cas sur 140 patients. A la suite de l'injection, les malades traités souffrent

beaucoup pendant plusieurs heures et présentent des symptômes généraux (céphalalgie, élévation thermique de 1 degré et plus). Localement, signes de réaction inflammatoire puis résolution du bubon dans l'espace de dix jours en moyenne. Habituellement une seule injection suffit ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'auteur a pratiqué une seconde injection huit jours après la première. En outre, Loetnith a trouvé que les résultats obtenus avec le benzoate de mercure pouvaient s'obtenir avec tous les sels solubles de mercure à la même dose.

Lang, de Vienne, a ainsi modifié la méthode. Dès que la fluctuation est manifeste, petite moucheture d'environ 3 millimètres faite au bistouri.

Il évacue par là tout le pus à l'aide d'une compression lente et prudente. Puis il injecte à la place du pus une quantité correspondante de nitrate d'argent à 1/100 ou à 1/200. Cette injection est assez douloureuse. Pansement compressif enlevé après quarante-huit heures. Le pus s'écoule abondamment ; nouvelle injection nitratée. Au pansement suivant il ne s'écoule généralement plus qu'un liquide séreux. Au bout de dix à quatorze jours, au maximum de trois semaines, le bubon est complètement guéri sans laisser de cicatrice visible.

La statistique que nous donnons plus loin et où sont indiqués le pourcentage et la durée des guérisons obtenues avec la méthode de Welander et de Lang semble être à l'avantage de cette dernière ; elle compterait moins d'échecs. Mais comme elle est dou-

loureuse elle est pourtant mal acceptée du malade.

En France, Cordier de Lyon, Balzes et Morel ont employé ce procédé.

D'autres auteurs, appliquant la même méthode Brousse et Bothezat, en France, Thaler, Cedern Kreuz, Spietzscka, en Allemagne, en la modifiant légèrement obtinrent la guérison, dans les cas favorables, entre dix et dix-huit jours.

C'est ce que montre la statistique suivante :

Auteurs	Nombre de bubons traités	Pourcentage des succès	Durée moyenne du traitement
Letnik	140	87 o/o	10 jours
Welander	100	78 o/o	
Thaler	33	47 o/o	
Cedernkreuz, 1re manière	13	38.5 o/o	15 —
Spietschka	62	37.1 o/o	19 —
Brousse et Bothezat	10	10 o/o	
Bukowsky (méthode de Lang)	111	84.7 o/o	15 —
Nobl (méthode de Lang)	120	96.6 o/o	14 —
Cedernkreuz, 2e manière (méthode de Lang)	66	75.8 o/o	13 —

LA PONCTION LATÉRALE SUIVIE D'INJECTION DE CUIVRE COLLOIDAL ÉLECTRIQUE

Bien souvent nous avions eu l'occasion, dans le cours de nos études, de constater les bons effets des injections intra-veineuses ou même intra-musculaires de métaux à l'état colloïdal chez les malades avant des infections généralisées ou localisées.

De là nous vint l'idée d'essayer, en le modifiant, un traitement préconisé depuis bien longtemps déjà contre le bubon suppuré, puisqu'il y a plus de cinquante ans que Welander de Stockholm décrivit sa méthode ; l'aspiration du pus suivie d'injection de benzoate de mercure.

Comme nous avions remarqué que chez les malades infectés, c'était le cuivre colloïdal qui déterminait les réactions les plus vives (baisse de la température, amélioration du pouls, hyperleucocytose), c'est à ce métal que nous nous adressâmes.

Le cuivre colloïdal dont nous nous sommes servi a été exclusivement préparé par la méthode électrique. Celle-ci consiste à faire jaillir l'arc du courant

continu entre deux électrodes de cuivre plongeant dans l'eau distillée très pure. Le cuivre colloïdal électrique qui se forme ainsi est un liquide rouge brun, limpide par transparence, d'aspect légèrement trouble par réflexion. Il est constitué par un nombre considérable de particules ultra-microscopiques de 25 à 40 $\mu\mu$ de rayon, qui restent en suspension stable dans l'eau où elles se sont formées. La teneur en métal du cuivre colloïdal électrique est très faible (20 cgr. par litre) et son activité thérapeutique est due à l'état de division extrême dans lequel il se trouve.

L'emploi du cuivre dans la thérapeutique du bubon n'est du reste pas une nouveauté. Wertheim de Vienne l'a essayé. Danielli s'en servit également. Voici comment il procédait :

Incision cutanée faite au point culminant du bubon sur 1/2 centimètre de longueur. Injection dans le foyer vidé d'une solution de sulfate de cuivre à $\frac{1}{100}$ qu'il met en contact par des pressions méthodiques avec tout l'intérieur de la tumeur, sur laquelle on exerce ensuite la compression. L'injection est réitérée au bout de vingt-quatre heures. La suppuration devient rare, séreuse, citrine entre le huitième et le dixième jour ; elle cesse complètement et la guérison a lieu. M. Danielli qui a guéri des bubons aigus en neuf ou dix jours par cette méthode, la déclare préférable à toutes les autres.

La technique que nous suivîmes fut très simple. Asepsie de la peau en la touchant très légèrement à la teinture d'iode sur une très petite surface, car si les ponctions doivent être répétées, il faut savoir la ménager.

Une aiguille de gros calibre (environ 2 millimètres de diamètre) est enfoncée d'un coup à la périphérie de la tuméfaction. Il faut éviter le centre du bubon, où la fluctuation est au maximum, car c'est là que la peau est le plus amincie et c'est en ponctionnant au centre que l'on court le plus de risque de voir se produire une fistule. L'aspiration se fait à l'aide d'une seringue en verre de 2, 5 ou 10 centimètres cubes suivant qu'il y a plus ou moins de pus. Elle devra être lente afin d'éviter de faire saigner les tissus enflammés et méthodique pour vider aussi complètement que possible la cavité suppurée. Il suffit pour cela d'exercer avec les doigts de la main gauche une pression continue au pourtour du bubon. Si le bubon est très gros et si la peau est décollée sur une assez grande surface, on peut faire un lavage de la cavité en y injectant du sérum physiologique tiède que l'on aspire à nouveau. Mais ce n'est pas indispensable. On injecte alors de 2 à 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal ; 2 centimètres cubes suffisent en général.

Les ponctions sont faites tous les jours au début ; au besoin deux fois par jour si la sécrétion purulente est très abondante. En tous cas, si l'on fait deux ponctions, il n'est pas nécessaire de faire deux injections ; une seule suffit et cela pour éviter une réaction

qui, quoique ne se produisant pas toujours, est parfois assez vive.

Tous les jours on diminue la quantité de colloïde injecté jusqu'à ce qu'il n'y ait plus ni pus, ni sérosité. Dès les premières ponctions le pus est moins abondant et se clarifie, les téguments perdent leur rougeur et leur œdème, la lymphangite réticulaire s'atténue. Les signes généraux s'amendent : la fièvre baisse, le pouls est moins fréquent. Puis le pus fait place à la sérosité plus ou moins sanglante qui disparaît à son tour ; les parois de l'abcès qui ont retrouvé leur vitalité normale s'accolent peu à peu et l'orifice de la dernière ponction se ferme peu après et adhère à son tour aux parties sous-jacentes. En général, la guérison a lieu entre le septième et le quinzième jour. Si le traitement a été commencé trop tard, alors qu'il y avait un vaste décollement et que la peau était mortifiée en partie, on risque fort de voir se produire une fistule. Cela nous est arrivé deux fois (obs. XIV et XX). Néanmoins, après avoir détergé la cavité abcédée par un lavage tiède au sérum physiologique, nous avons continué par l'orifice les injections colloïdales.

Nous croyons que ce fut là une bonne pratique qui, avec les applications d'air chaud, contribua à hâter la guérison ne nos malades. Mais, si le traitement est fait suffisamment tôt et si la ponction est périphérique, il ne se produit pas de fistule.

Quand la ponction est terminée, il faut pendant quelques minutes appuyer un tampon de coton

hydrophile sur l'ouverture faite par l'aiguille afin de lui permettre de se refermer aussi vite que possible. — Faire ensuite un spica double de l'aine bien compressif. Nous insistons particulièrement sur ce point, car si le malade a la possibilité de fléchir la cuisse sur le bassin, s'il remue trop dans son lit ou s'il se lève et marche, les frottements de la peau contre le pansement peuvent déterminer une fistule si les téguments sont déjà en mauvais état, ou empêcher ou retarder l'accolement des parois de l'abcès.

Il faut également traiter le chancre mou et le tenir très propre, ce qui est souvent difficile dans la clientèle hospitalière où les malades sont généralement très négligents de leur personne.

Il est nécessaire, en effet, que de nouveaux germes ne viennent pas infecter secondairement le bubon.

Voici quel fut généralement le traitement :

Lavages au sérum physiologique tiède du chancre mou qui est ensuite touché à l'éther, puis saupoudré de thymol biiodé ou pansé à la pommade au calomel. Faire si possible tous les jours vingt minutes d'air chaud en une ou deux séances. Si l'on n'a pas d'appareil spécial à sa disposition, on peut utiliser un couteau thermocautère assez gros, ayant une ouverture latérale.

On active ainsi le travail cicatriciel et très souvent la guérison se produit en dix et quinze jours.

C'est donc là une méthode très simple, très facile à appliquer par le médecin puisqu'elle ne nécessite ni connaissances spéciales comme la méthode chirurgicale, ni appareillage comme la méthode de Bier

ou la radiothérapie; et très bien acceptée par le malade. En effet, elle n'est pas douloureuse comme la méthode de Broca, ou d'Otis et Fontan, ou comme les injections de nitrate d'argent et de sels mercuriels. Elle n'est pas non plus révélatrice comme les injections de vaseline iodoformée.

Au point de vue des résultats que l'on en peut attendre, elle souffre la comparaison avec n'importe quelle autre méthode.

Le tableau suivant, nous montre en effet, que la durée moyenne du traitement, si l'on ne tient pas compte de deux cas fistulisés à la peau et où la méthode n'a pas pu donner tout ce que l'on est en droit d'attendre d'elle, a été d'environ dix jours, c'est-à-dire plus courte, en général, qu'avec les traitements chirurgicaux et les injections diverses (nitrate d'argent, sels mercuriels, etc.), un peu plus longue il est vrai, qu'avec la ponction suivie d'injection iodoformée, mais beaucoup moins douloureuse, partant plus agréable pour le malade.

Aussi pour nous, sera-ce là le traitement de choix du bubon suppuré ou non, traitement médical que l'on devra essayer d'abord, avant d'envoyer le malade au chirurgien. Ce n'est qu'après son échec, ou dans le cas de complications graves, telle que fistulisation cutanée rebelle, vastes décollements des téguments avec nombreux clapiers purulents, très mauvais état des tissus sphacélés ou sans vitalité, chancrellisation secondaire qu'il faudra avoir recours aux différents procédés chirurgicaux.

Nos des obs.	Nature de la maladie	Nombre de ponctions	Nombre d'injections	Durée du traitement	Observations
1	Bubon g. au 15e jour.	6	6	13 jours	
2	Bubon au début.	4	4	8 —	
3	Bubon au 5e jour.	6	5	8 —	
4	Bubon au 4e jour.	7	6	10 —	
5	Gros bubon suppuré au 16e jour.	14	12	16 —	Devait être incisé par un chirurgien.
6	Bubon au 7e jour.	7	6	12 —	
7	Bubon au 12e jour.	5	5	8 —	
8	Bubon suppuré au 7e jour.	8	8	11 —	
9	Bubon au début.	6	5	9 —	
10	Bubon à la 3e semaine.	9	7	12 —	
11	Bubon au début (3e jour).	4	3	7 —	
12	Bubon au 8e jour.	7	6	9 —	
13	Bubon au 8e jour.	7	6	11 —	Double fistulisation cutanée ; néanmoins, le traitement est poursuivi ; la guérison se produit 18 jours après.
14	Bubon au 10e jour.	6	6	27 —	
15	Bubon au 10e jour.	6	5	8 —	
16	Bubon au 15e jour.	7	5	9 —	
17	Bubon au 20e jour.	5	4	18 —	
18	Bubon au 6e jour.	5	4	8 —	
19	Bubon au 1er septennaire.	10	10	12 —	Fistulisation cutanée ; néanmoins, les injections colloïdales sont continuées et guérison relativement prompte.
20	Chancres mous de l'anneau vulvaire. Bubon au 13e jour.	11	10	13 —	
21	Bubon au début.	8	4	10 —	

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Chancres mous multiples.
Bubon au quinzième jour guéri

G. Gaston..., ferblantier, entre à l'hôpital le 13 avril. Le malade a des chancres mous du gland depuis six semaines, à la suite desquels est survenu, il y a quinze jours, un bubon gauche peu volumineux, gros comme un œuf de pigeon, douloureux. Les autres ganglions ne sont pas enflammés et il n'y a pas de péri-adénite, fluctuation nette, peau rouge et adhérente. Température 38° 2. Pouls à 100. Soif vive.

Immédiatement nous faisons une ponction aspiratrice. Nous retirons environ 5 centimètres cubes d'un pus jaune verdâtre bien lié et nous réinjectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Application d'un pansement compressif. Repos au lit. Les chancres sont pansés au thymol bi-iodé.

14 avril. — Le malade n'a pas souffert, a passé une bonne nuit. Température 37°9. Pouls à 96.

Localement la peau est un peu moins rouge et moins œdématiée. Il s'est de nouveau collecté un peu de pus, nous différons une autre ponction jusqu'au lendemain.

15 avril. — L'amélioration persiste : Température 37°9.

Pouls à 96. Par ponction aspiratrice, nous évacuons 3 centimètres cubes environ d'un pus moins épais. Nouvelle injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal très bien supporté par le malade. Même pansement compressif.

16 avril — Comme le malade ne souffre pas et que la température ne s'est pas élevée, nous laissons le pansement en place.

Application d'air chaud sur les chancres.

17 avril. — Par ponction nous retirons 3 centimètres cubes d'un liquide qui n'est presque pas purulent. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Même pansement.

18 avril. — Aucune douleur ; le malade va bien. Température 37°6. Pouls à 60. Même traitement.

20 avril. — Après avoir enlevé le pansement, nous constatons que la peau a presque repris sa coloration normale et que l'œdème a complètement disparu. La palpation n'est plus douloureuse. Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin sont à peine douloureux. Il persiste toutefois un léger décollement des tissus superficiels. Par ponction nous aspirons environ un centimètre cube de sérosité sanglante et nous réinjectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal, très bien supporté par le malade qui n'accuse aucune douleur. Pansement compressif et séjour au lit.

22 avril. — Le malade va très bien. La peau a sa coloration normale. Il n'y a plus ni œdème ni décollement. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal et nous laissons le malade trois jours au lit.

26. — Le malade se lève et est considéré comme guéri.

Durée du traitement : treize jours.

Nombre de ponctions : six ; injections : six.

OBSERVATION II

Chancre mou du sillon balano-préputial. — Bubon au début, guéri en huit jours, après quatre ponctions. — Injection, de cuivre colloïdal électrique.

François D..., charpentier, vingt-cinq ans, entre le 15 septembre 1912. Blennorragie il y a deux ans ; chancre syphilitique l'année dernière avec roséole et plaques muqueuses consécutives, alopécie récente.

Présente actuellement dans le sillon balano-préputial, à droite du filet, un petit chancre des dimensions d'une lentille à fond grisâtre, à bords rosés, ne suppurant presque pas et qui est l'unique survivant d'une série de cinq ou six chancres guéris depuis une huitaine de jours.

Dans la région inguinale droite, depuis quelques jours, bubon de la grosseur d'une amande avec peau rosée, douleurs à la pression, pas de fluctuation.

16 septembre. — Nous ponctionnons et nous retirons environ 3 centimètres cubes d'un mélange de sérosité et de sang. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal électrique. Pansement compressif et séjour au lit. Le malade accuse une légère douleur pendant une demi-heure.

17 septembre. — Même traitement.

18 septembre. — La coloration de la peau est presque normale, la tumeur a légèrement diminué de volume. Nouvelle ponction suivie d'une injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal. Aucune douleur. La ponction-injection est répétée le 20 septembre, elle est parfaitement supportée.

22 septembre. — Disparition complète des douleurs à la pression ; les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation coxo-fémorale se font presque sans souffrance. Nous nous contentons de remettre un pansement compressif.

24 septembre. — Le malade est guéri et se lève, deux jours après il quitte l'hôpital.

OBSERVATION III

Bubon au cinquième jour, consécutif à des chancres mous du limbe, guéri en huit jours, après six ponctions et cinq injections de cuivre colloïdal électrique.

Philippe K..., journalier, entre le 18 septembre 1913, a eu plusieurs blennorragies guéries sans complications.

Se présente à l'hôpital avec un phimosis complet et plusieurs ulcérations chancreuses sur le limbe ; suppuration abondante ; peu de douleur. Les lésions ont débuté il y a quinze jours par une ulcération dans le sillon balano-préputial ; elles se sont peu à peu étendues et ont produit le phimosis que l'on observe aujourd'hui.

Bubon fluctuant et douloureux de la dimension d'une noix apparue il y a cinq jours dans la région inguinale gauche.

19 septembre. — Nous retirons par ponction environ trois centimètres cubes de pus verdâtre et nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Pansement compressif.

Nous injectons entre le prépuce et le gland une solution faible de nitrate d'argent et nous pansons ensuite au thymol biiodé.

Même traitement le 20 et le 21 septembre.

22 septembre. — Une nouvelle ponction n'aspire plus que de la sérosité. Néanmoins, nous réinjectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal. Les ulcérations chancreuses sont bien améliorées, les téguments de la verge ont recouvré en partie leur mobilité, aussi supprimons-nous les lavages au nitrate et faisons-nous, matin et soir, une application d'air chaud pendant une vingtaine de minutes, puis un pansement au thymol bi-iodé.

24 septembre. — Aspiration d'un peu de sérosité et injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

26 septembre. — L'aspiration est complètement négative. La palpation de la région inguinale ne révèle aucune grosseur et ne provoque pas de douleur. La couleur de la peau est normale, pas de trace de ponction.

Le malade est autorisé à se lever.

Les applications d'air chaud sont continuées et six jours après, les chancres sont guéris.

Le malade quitte l'hôpital le 4 octobre.

OBSERVATION IV

Bubon au quatrième jour, guéri en dix jours après sept ponctions et six injections

Georges F..., trente-deux ans, aucun accident vénérien antérieur; début des lésions actuelles il y a une vingtaine de jours par quelques ulcérations sur le prépuce.

État actuel. — Plusieurs chancres mous, disséminés sur la face interne du prépuce, empiétant sur le limbe, l'un d'eux sur le filet; depuis quatre jours, bubon, à droite, de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureux et peu fluctuant; la

peau est violacée, ne présente pas toutefois de desquamation épidermique et est en assez bon état.

Entré à l'hôpital le 3 janvier 1914, est ponctionné le jour même. Six centimètres cubes de pus ont été aspirés et remplacés par une injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Les chancres sont traités à l'air chaud et pansés au thymol biiodé. Spica compressif de l'aine et repos au lit.

Le malade a bien supporté la ponction-injection qui est renouvelée le 4.

5 janvier. — Même traitement.

6 janvier. — Le matin il y a moins de pus (environ 3 cmc.) Nous n'injectons que 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

7 janvier. — Les téguments reprennent leur coloration normale, l'œdème de la région inguinale a beaucoup diminué.

Après ponction, injection de 1 centimètre cube.

8 janvier. — Le malade se sentant très bien, nous laissons en place le pansement compressif.

9 janvier. — Par ponction, nous retirons quelques centimètres cubes de sérosité, nous injectons un centimètre cube de cuivre colloïdal.

10 janvier. — A la ponction, le liquide évacué est un peu moins abondant qu'hier. Nous ne faisons pas d'injection.

12 janvier. — Les chancres sont cicatrisés.

Le lendemain le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION V

Chancres multiples, avec gros bubon suppuré au seizième jour guéri en seize jours, à la suite de quatorze ponctions et de douze injections de cuivre colloïdal électrique.

Pauline V..., fille soumise, vingt-quatre ans, sans antécédents, tempérament nerveux, pas de spécificité, entre à l'hôpital le 17 février 1914.

Plusieurs chancres mous de la fourchette apparus il y a vingt-cinq jours. Grosse tuméfaction avec empâtement de la région inguinale droite ; la peau est rouge, tendue. la palpation très douloureuse révèle une fluctuation lointaine. Phénomènes généraux assez accusés : température 38°7, pouls à 120 bien frappé, soif vive. Depuis trois jours douleurs lancinantes spontanées qui empêchent la malade de dormir ; douleurs provoquées assez vives, exacerbées par l'exploration ou par les mouvements passifs ou actifs de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin.

Il est évident que le bubon est suppuré et tout donne à penser qu'il s'ouvrira spontanément sous peu si l'on n'intervient pas. C'est là l'avis du chef de service qui prescrit un pansement humide et prie de préparer la malade pour le lendemain matin. Toutefois, il veut bien accéder à notre demande et nous demande et nous autorise à essayer la méthode abortive, tout en étant très sceptique quant au résultat. « Il est beaucoup trop tard, nous dit-il, et ce sera un échec ».

Néanmoins, nous faisons immédiatement la ponction aspiratrice. Nous retirons environ 8 centimètres cubes de pus

jaune verdâtre, légèrement teinté de sang vers la fin de l'aspiration. Nous injectons, après lavage de la cavité, 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Pansement compressif et repos au lit. Les chancres sont saupoudrés d'iodoforme.

L'injection a fait souffrir la malade pendant plusieurs heures.

A la contre-visite, nous constatons une élévation de température de 1°5, le pouls est plus rapide : 130. Nous enlevons le pansement et nous évacuons le pus qui s'est déjà reproduit, sans toutefois faire de nouvelle injection afin d'éviter à la malade une nouvelle crise douloureuse.

19 février. — Ponction et injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

20 février. — La malade se sent un peu mieux ; elle a mieux dormi cette nuit, les douleurs lancinantes sont moins vives. Localement, la peau est légèrement moins rouge qu'hier, mais est encore le siège d'un œdème assez prononcé.

Nouvelle ponction, malgré les cris de la malade qui, les premiers moments de frayeur passés, dit avoir moins souffert que la veille. Nous retirons environ 8 centimètres cubes de pus et nous injectons 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

21 février. — Même traitement.

22 février. — La peau est moins rouge, les phénomènes inflammatoires moins marqués. Cette nuit, la malade a bien dormi ; la fièvre est moins élevée et le pouls moins rapide : 110. Le pus est moins abondant ; nous ne retirons guère que 4 centimètres cubes et nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

23 février. — Nouvelle ponction et nouvelle injection de

2 centimètres cubes. Comme les mouvements de la malade sont plus faciles, nous la faisons mettre en position gynécologique et après un lavage des chancres à l'éther; nous faisons une application d'air chaud pendant vingt minutes.

24 février. — Même traitement.

25 février. — Persistance de l'amélioration. Ponction et injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

26 février. — On aspire 2 centimètres cubes de pus clair, très fluide et on injecte 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

27 février. — Même traitement. Les chancres sont en bonne voie de cicatrisation.

28 février. — Le pus a disparu et la ponction ne ramène plus que de la sérosité teintée de sang. Nous injectons néanmoins 1 centimètre cube de cuivre colloïdal. Il n'y a plus d'œdème, la peau a repris sa coloration normale, les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin sont faciles et ne déterminent pas de douleurs. La malade qui n'a plus de fièvre, se sent très bien et demande à se lever. Ce que nous ne lui permettons pas encore.

1er mars. — Le pansement compressif est laissé en place.

2 mars. — Nous aspirons environ 2 centimètres cubes de sérosité et nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal. Le pansement est toujours compressif.

4 mars. — Une ponction aspiratrice ne ramène que du sang. Les chancres sont cicatrisés. Nous remettons un pansement compressif et la malade se lève.

6 mars. — Guérison définitive. La peau de la région inguinale est redevenue normale. Les ponctions n'ont laissé aucune cicatrice.

En somme, chancres multiples avec gros bubon suppuré

au seizième jour, guéri en seize jours à la suite de quatorze ponctions et de douze injections de cuivre colloïdal électrique.

OBSERVATION VI

Chancre mou. — Bubon au septième jour, guéri en douze jours après sept ponctions et six injections de cuivre colloïdal électrique.

Robert L..., trente-quatre ans, sans antécédents, a depuis une vingtaine de jours un chancre mou sur la face externe droite du prépuce.

Depuis sept jours bubon droit, rouge, douloureux, du volume d'un marron. Pas de fluctuation, mais œdème des téguments avec péri-adénite, peau légèrement rouge violacé, ne présente pas de desquamation épidermique et est en assez bon état. Température 38°8. Pouls à 116.

Entré à l'hôpital le 3 juin 1914, est ponctionné le jour même.

4 juin. — Par une nouvelle ponction, on aspire environ 5 centimètres cubes de pus et on injecte 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Application d'un pansement compressif et repos au lit.

5 juin. — Même traitement. Le chancre est lavé à l'éther et pansé à l'iodoforme.

6 juin. — Le pus commence à être moins épais ; la peau est moins œdématiée et moins enflammée. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

7 juin. — Pus moins abondant : nous ne retirons que 3 cen-

timètres cubes ; nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

8 juin.— La fièvre est tombée, le malade commence à faire sans douleur les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin. Ponction-injection.

10 juin. — La ponction ramène quelques centimètres cubes de sérosité sanglante. Injection de 1 centimètre cube de cuivre.

12 juin. — Nous faisons une nouvelle ponction et nous aspirons environ 1 centimètre cube de sérosité.

14 juin. — Le malade se lève. Le bubon est guéri ; mais le chancre n'étant pas encore complétement cicatrisé, le malade reste à l'hôpital jusqu'au 18 juin date à laquelle il obtient son exeat.

En résumé, bubon au septième jour, guéri en douze jours, après sept ponctions et six injections.

OBSERVATION VII

Chancre mou du prépuce. — Bubon au douzième jour guéri en huit jours après cinq ponctions-injections de cuivre colloïdal électrique.

L..., vingt-huit ans, entré le 1er mai 1914. Pas d'antécédent notable.

Chancre mou sur la partie externe du prépuce droite depuis trois semaines, cautérisé par un médecin de ville au chlorure de zinc, il y a cinq jours.

Depuis douze jours, petit bubon gauche de la grosseur d'une noix, tendu, douloureux, fluctuant au centre.

2 mai. — Nous faisons une ponction qui ramène environ 3 centimètres cubes de pus verdâtre et nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Le chancre est soigné à l'air chaud à raison de deux séances d'une dizaine de minutes matin et soir. Pansement au thymol biiodé.

Même traitement le 3 et le 4 mai.

5 mai. — En enlevant le spica compressif de l'aine, nous remarquons que la tuméfaction ne s'est pas reproduite; nous ponctionnons et c'est à peine si nous aspirons 1 centimètre cube de pus. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

6 mai. — Même traitement.

7 mai. — Il n'y a plus que de la sérosité. Nous nous contentons de remettre en place le spica et le malade continue à garder le lit.

Le chancre, très amélioré, est pansé au thymol biiodé; une seule application d'air chaud est faite tous les jours.

10 mai. — L'adénite est guérie complétement; le malade se lève, il quitte l'hôpital le 16 mai, alors que le chancre est guéri également.

OBSERVATION VIII

Bubon suppuré au septième jour, guéri en onze jours après huit ponctions-injections

M. L..., dix-neuf ans, imprimeur. A observé dans le sillon balano-préputial et du côté gauche une ulcération apparue dix jours (?) après le coït infectant. Cette ulcération est un

chancre simple. Une adénite inguinale droite est survenue sept jours après l'apparition du chancre. La tuméfaction est douloureuse, considérable et gêne la marche ; sa forme est elliptique, et la peau qui la recouvre est très rouge, peu amincie toutefois. La pression même modérée arrache des cris au malade, cependant, il ne semble pas y avoir de fluctuation.

18 avril. — Ponction évacuatrice (environ 5 centimètres cubes de pus chocolat), injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloidal. Pansement compressif et repos au lit.

19 et 20 avril. — Même traitement.

21 avril. — Légère amélioration : la peau est moins rouge. le pus clair et moins abondant. Ponction et injection de 2 centimètres cubes de cuivre.

22 avril. — Évacuation par ponction de 3 centimètres cubes de pus. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

23 et 24 avril. — Même traitement.

25 avril. — Les phénomènes inflammatoires locaux ont disparu. Le liquide ramené par la ponction n'est presque pas purulent. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

26 avril. — Ponction sans injection. Il y a quelques gouttes de sérosité.

28 avril. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION IX

Bubon au début, guéri en neuf jours, après six ponctions et cinq injections

Charles M..., maçon, dix-huit ans, présente à son entrée à l'hôpital, le 12 mai 1914, sur la face interne du prépuce, un chancre mou de dimension d'une lentille, suppurant peu, à surface rodée, à bords légèrement déchiquetés et qui date d'une quinzaine de jours.

Dans la région inguinale droite, se trouve un bubon du volume d'une noix, douloureux à la pression, avec fluctuation profonde, et dont le début remonte à une huitaine de jours.

13 mai 1914. — Ponction aspirant 3 centimètres cubes de pus. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Pansement compressif. Repos au lit et pansement du chancre à la poudre de dermatol, après une séance d'air chaud de 10 minutes.

14 et 15 mai. — Même traitement.

16 mai. — Le pus a diminué, nous n'en aspirons plus qu'un centimètre cube, il est très clair. Les douleurs ont disparu.

19 mai. — Même traitement. A cette date, le chancre est guéri.

20 mai. — Par aspiration, simple sérosité citrine. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

22 mai. — Nous aspirons à peine 1 centimètre cube de sérosité. Nous ne faisons pas d'injection.

24 mai. — Le malade est guéri.

OBSERVATION X

Bubon gauche, datant de trois semaines, guéri en douze jours, après neuf ponctions et sept injections de cuivre colloïdal.

Louise D..., vingt-six ans, avait eu il y a trois semaines une petite ulcération de la fourchette ; actuellement on constate un bubon dans l'aine gauche, apparu il y a trois semaines et de la vaginite.

La peau qui recouvre le ganglion est rouge, un peu amincie. Il y a autour de l'empâtement une zone d'induration peu étendue.

Les douleurs ont été très vives dès l'apparition du bubon et ont beaucoup augmenté depuis huit jours. En ce moment, elles sont lancinantes et irradient vers la région génito-crurale. Le ganglion est ramolli et on sent facilement la fluctuation. En examinant la vulve, on trouve la grande lèvre œdématiée, rouge, douloureuse à la pression. L'entrée du vagin est d'un rouge vif et baigné par du pus. A l'examen au spéculum, on ne trouve que de la vaginite.

22 avril 1914. — Aspiration de 10 centimètres cubes de pus. Injection de 4 centimètres cubes de cuivre colloïdal qui provoque des douleurs assez vives. Deux heures après, frisson et ascension thermique (1° 5), un vomissement.

23 avril. — La nuit a été mauvaise, insomnie avec un peu de subdélire. Nous aspirons la même quantité de pus, mais nous ne faisons pas d'injection.

24 avril. — Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

25 avril. — Il n'y a pas eu de phénomène réactionnel à la suite de l'injection. Le pus se clarifie. Nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

26 avril. — L'injection a été bien supportée. La malade ne souffre plus, la fièvre est moins élevée ; l'état général meilleur. Nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

27 et 28 avril. — Même traitement.

29 avril. — Les téguments ont repris leur coloration normale, l'œdème péri-ganglionnaire a complétement disparu. Il n'y a plus de fièvre. Par ponction, nous aspirons à peine 1 centimètre cube de pus.

30 avril. — Persistance de l'amélioration. La ponction ne ramène que de la sérosité. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

2 mai 1914. — Nous aspirons un peu de sérosité sanglante et nous ne faisons pas d'injection.

4 mai. — Ponction blanche. La région inguinale crurale est encore sensible. La peau a repris sa souplesse. Nous ne remettons pas de pansement et nous laissons la malade se lever.

5 mai. — Deux jours après, elle quitte l'hôpital guérie. La vaginite seule persiste.

OBSERVATION XI

Chancre mou du gland, guéri depuis quinze jours. — Bubon au troisième jour, guéri après trois ponctions et quatre injections de cuivre colloïdal électrique.

Paul V..., trente-huit ans, employé de commerce, sans antécédents vénériens, aurait eu quatre jours après un coït

suspect deux chancres mous du gland soignés par des cautérisations à la solution faible de nitrate d'argent et des applications d'air chaud. Quinze jours après les chancres sont guéris. Mais depuis trois jours, il a remarqué une légère grosseur dans l'aine droite avec un peu de gêne de la marche. C'est pour cela qu'il vient nous consulter. Nous lui conseillons de rester à l'hôpital. Il entre dans le service le jour même.

26 avril 1914. — A l'examen, nous constatons de la rougeur avec un léger œdème de la peau ; à la palpation de la région inguino-crurale droite, douleurs assez vives ; péri-adénite au début ; on sent dans la profondeur un ganglion tuméfié et douloureux de la grosseur d'une petite amande. Pas de fluctuation. Fièvre légère, 38 degrés. Pouls à 96. Nous ponctionnons néanmoins et nous retirons environ 2 centimètres cubes de sang mêlé à un peu de pus. Nous injectons un centimètre cube de cuivre colloïdal électrique.

27 avril. — Le malade n'a pas souffert et se sent un peu mieux. Même traitement.

28 avril. — La fièvre est tombée, le pouls est à 80. Localement l'empâtement a diminué, les tissus sont plus souples, les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin plus faciles. La ponction ne ramène que du sang. Nous répétons l'injection de cuivre colloïdal.

29 avril. — Persistance de l'amélioration. Nous refaisons une ponction-injection.

30 avril. — La peau a presque repris sa coloration normale ; il n'y a plus d'œdème.

Par ponction on n'aspire que quelques gouttes de sérosité et de sang.

1er mai. — Le malade se lève. Comme il souffre après

avoir marché quelques heures, nous lui conseillons de rester au lit quelques jours avec un pansement compressif et nous signons son exeat le 3 mai.

Il sort à cette date complètement guéri.

OBSERVATION XII

Bubon suppuré au huitième jour. — Guéri en neuf jours après sept ponctions et six injections.

Georges P..., chauffeur, entre le 9 juin 1914 à l'hôpital. Il s'est aperçu il y a vingt jours qu'il avait un chancre mou du filet ; quelque jours après apparition du bubon gauche.

Actuellement, bubon gauche très douloureux, peu saillant, non suppuré, rouge sombre, accompagné de péri-adénite et formant une tumeur large comme la main. Mouvements de de l'articulation coxo fémorale difficiles et douloureux.

Comme il y a en ce moment une réaction inflammatoire intense, que le malade souffre et que c'est un nerveux très timoré qui exagère sa souffrance, nous nous contentons de mettre un large pansement humide et compressif renouvelé deux fois par jour, pendant cinq jours. Le chancre est lavé à l'éther et pansé à la poudre d'iodoforme. Tous les jours, air chaud pendant dix minutes matin et soir.

16 juin 1914. — Amélioration de l'état général du malade ; la température est moins élevée, le pouls moins rapide et la soif moins vive.

Localement on constate une diminution de la rougeur des téguments et un peu de fluctuation à la partie externe de la tumeur qui est de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Ponction aspiratrice périphérique qui ramène 10 centimètres cubes environ de pus jaunâtre. Injection de 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Pansement compressif et séjour au lit. Le malade n'accuse pas de douleur ; le soir réaction légère, fébrile.

18 juin. — Le malade n'a pas eu d'ascension thermique. A la ponction il y a toujours en quantité notable du pus ; aussi faisons-nous une injection plus forte (4 centimètres cubes).

19 juin. — Nouvelle ponction aspiratrice qui évacue la même quantité d'un pus un peu moins épais. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Même traitement le 20 et le 27.

22 juin. — Amélioration notable. Nous ponctionnons et nous ne retirons que de la sérosité sanglante. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

23 juin. — L'œdème a disparu ; la peau a repris sa coloration normale ; les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin sont faciles et ne déterminent plus de douleur. Le malade se sent beaucoup mieux. Nous aspirons environ 1 centimètre cube de sérosité et nous ajoutons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

24 juin. — La ponction aspiratrice ne ramène que du sang. Nous ne faisons pas d'injection.

25 juin. — Le pansement compressif est laissé en place deux jours encore et le malade quitte l'hôpital le 27. Il marche bien, ne souffre pas. Pas de trace de cicatrice dans la région inguino-crurale.

OBSERVATION XIII

Bubon suppuré au huitième jour, guéri en onze jours après sept ponctions et six injections

René M..., infirmier, entre à l'hospice le 9 septembre 1913, porteur d'une adénite inguinale droite, conséquence d'un chancre mou du prépuce, survenu quatre jours après le coït infectant.

A son entrée, on constate dans l'aine droite une tumeur du volume d'un œuf de poule. La peau est soulevée, rouge et chaude, non amincie cependant ; le malade accuse des douleurs lancinantes et la marche est impossible. Température 38°/10. Pouls 110.

La fluctuation est manifeste. Par ponction aspiratrice, périphérique, nous évacuons environ 7 centimètres cubes de pus mal lié. Le chancre est soigné à l'air chaud et au thymol biiodé. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

11 septembre. — Même traitement.

12 septembre. — Aspiration de 5 centimètres cubes de pus. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

13 septembre. — Amélioration locale générale. La peau est moins rouge, présente moins d'œdème, la température tombe et les douleurs s'atténuent. Après aspiration de 4 centimètres cubes nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

14 septembre. — Même traitement.

15 septembre. — Le pansement compressif est laissé en place.

16 septembre. — Le malade n'a plus de température. Localement les tissus ont repris leur couleur et leur souplesse. L'œdème a disparu.

La ponction ne ramène qu'un peu de sérosité. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

18 septembre. — L'aspiration donne un peu de sang.

20 septembre. — Le malade se lève.

Trois jours après, étant guéri, il quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV

Bubon au septième jour. — Fistulisé à la peau après la sixième ponction. — On continue néanmoins le traitement. —Guérison au vingt-septième jour.

L... Alexandre, vingt ans, peintre, à la fin du mois de mars, huit jours après un coït suspect, s'aperçut qu'il portait dans le sillon balano-préputial du côté droit une ulcération douloureuse.

Vers le 20 avril, l'aine gauche devint douloureuse et la peau de la région rougit.

Le 27 avril, le malade entre à l'hôpital.

Le bubon est gros comme un œuf de poule, rouge, dur, non fluctuant, les ganglions entourés de péri-adénite ne sont pas mobiles sous la peau adhérente, il est très douloureux. La palpation révèle une fluctuation manifeste. La peau de toute la région inguinale est rouge, violacée et présente vers le centre de la tumeur une desquamation beaucoup plus marquée depuis une application de teinture d'iode faite quelques

jours auparavant dans le but de faire avorter le bubon. Une ulcération spontanée est à craindre et le médecin qui soigne le malade l'a envoyé à l'hôpital pour y être opéré d'urgence.

Réaction assez vive sur l'état général ; fièvre élevée oscillant entre 38° 8 et 39° 5. Pouls à 130. Frissons intermittents, soif très vive ; céphalée et insomnie.

La marche est très douloureuse et les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin sont très pénibles.

Une ponction pratiquée immédiatement aspire 15 centimètres cubes de pus sanieux, mal lié, jaune grisâtre, mêlé de petits flocons de détritus organiques et de petits caillots qui passent difficilement par la lumière de l'aiguille. Nous sommes obligé de faire deux lavages au sérum physiologique pour nettoyer la cavité de l'abcès.

Injection de 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Double spica compressif de l'aine et repos au lit. Le chancre après un lavage à l'éther est pansé au dermatol.

A la contre-visite, le malade nous dit avoir souffert pendant une heure après l'injection. La fièvre est plus élevée e le pouls plus vif.

Nous examinons et comme nous constatons qu'il y a sensiblement autant de pus que le matin, nous vidons à nouveau l'abcès sans faire d'injection.

28 avril. — Le malade a peu dormi. Température 38°5. Pouls à 120. Aspiration de 12 centimètres cubes de pus et injection de 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Dans la soirée, le malade nous dit avoir moins souffert que la veille ; la température est la même que le matin.

29 avril. — Même état et même traitement.

30 avril. — Le pus est toujours abondant. Nous n'observons pas l'atténuation des phénomènes inflammatoires que nous constatons d'habitude dans les cas heureux. En effet, la peau reste épaissie et infiltrée d'œdème à la périphérie tandis qu'elle se violace et s'amincit vers le centre. Il y a cependant une légère amélioration de l'état général : la langue s'est nettoyée ; la température est un peu moins élevée : 38°1 ; le pouls est à 110. Nous continuons le traitement, tout en réservant le pronostic.

1er mai. — Même état. Le pus est plus clair et plus fluide, sans détritus organiques. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

2 mai. — En enlevant le pansement, nous constatons qu'il est souillé de pus. Il s'est produit une petite ulcération vers le centre du bubon, là où avait été fait le badigeonnage iodé. Nous injectons 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal dont une partie seulement reste dans la cavité abcédée.

3 mai. — Même état, même traitement.

4 mai. — Amélioration de l'état général et local ; pour la première fois, le malade est sans fièvre ; pouls à 90 ; les tissus sont moins rouges et moins œdématiés.

5 et 6 mai. — Nous continons les injections de cuivre colloïdal. Il n'est plus nécessaire de ponctionner puisque le pus se draine par la fistule.

7 mai. — Tout processus inflammatoire est terminé; la peau a repris sa couleur et sa souplesse. Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin se font facilement. Le chancre est guéri. Nous continuons à faire, tous les deux jours une injection de cuivre colloïdal.

14 mai. — L'amélioration continue. Les parois du bubon

s'accolent et la cavité abcédée diminue de volume. Pour hâter le travail de réparation, nous faisons de l'air chaud tous les jours pendant un quart d'heure.

Nous ne jugeons pas utile de continuer les injections de cuivre colloïdal qui, jusqu'ici, avaient été faites tous les jours.

20 mai. — La fistule est comblée.

24 mai. — Le malade quitte l'hôpital guéri et marchant très bien et sans aucune fatigue. La cicatrice est à peine visible, dissimulée qu'elle est par les poils de la région inguinale. Il n'en serait pas de même si on l'avait incisé largement. Ce n'est pas au bout de vingt-sept jours que le malade aurait été guéri. Il suffit de consulter les statistiques pour voir qu'après l'incision large, le traitement dure en moyenne de trente-six à soixante jours.

Nous croyons donc sincèrement avoir été utile au malade en lui faisant le traitement.

OBSERVATION XV

Chancre au bout du filet. — Bubon au dixième jour. Guéri en huit jours après six ponctions et cinq injections.

F..., âgé de vingt-six ans, sans antécédents vénériens, a depuis dix jours dans l'aine droite un bubon consécutif à un chancre mou du filet actuellement guéri.

Le bubon a la grosseur d'une noix et est douloureux à la pression ; la peau qui le recouvre est luisante, rouge foncé et quelque peu amincie. Fluctuation nette.

1er avril. — Nous aspirons 2 centimètres cubes de pus ver-

dâtre. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal. Pansement compressif et repos au lit.

2 avril. — Le malade n'a pas souffert à la suite de l'injection que nous renouvelons aujourd'hui.

3 avril. — Le pus est fluide et moins abondant : 1 centimètre cube environ. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

4 avril. — Même traitement.

5 avril. — Nous retirons environ 2 centimètres cubes de liquide à peine purulent. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

6 avril. — Injection de 1 centimètre cube.

7 avril. — La ponction ne ramène que quelques gouttes de sérosité. Nous ne faisons pas d'injection.

8 avril. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION XVI

Bubon au quinzième jour, guéri après neuf jours de traitement par sept ponctions aspiratrices et cinq injections de cuivre colloïdal électrique.

Marius R..., employé de commerce, dix-neuf ans, sans antécédents ; entré à l'hôpital de 28 octobre 1913, porteur d'un chancre simple au-dessus du prépuce et d'un ganglion au pli de l'aine droite ; ce ganglion apparut une quinzaine de jours après ; le chancre est de la grosseur d'un œuf de pigeon ; il est très sensible au toucher ; la peau qui le recouvre est un peu violacée mais en bon état néanmoins, quoique le malade, conseillé par son pharmacien, ait appliqué un vési-

catoire il y a quelques jours ; la palpation montre une légère fluctuation. Température 38°2. Pouls à 100.

Nous faisons le jour même une ponction aspiratrice qui nous permet de retirer environ 5 centimètres cubes de pus couleur chocolat. Nous injectons 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Double spica de l'aine fortement compressif.

Le chancre est traité à l'air chaud dix minutes, deux fois par jour, puis pansé à l'aristol.

29 octobre. — Le malade a bien dormi cette nuit et n'a pas souffert à la suite de l'injection. Nous pratiquons une nouvelle ponction qui aspire la même quantité de pus et nous injectons 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

30 octobre. — Aspiration et injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

31 octobre. — Le malade se sent mieux, la fièvre est tombée ; le pouls bat à 80. L'inflammation de la peau s'est très atténuée, le bubon a diminué de moitié pour le moins.

Nous aspirons à peine 2 centimètres cubes de pus, nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

1er novembre. — On aspire 1 centimètre de pus et on injecte la même quantité de cuivre colloïdal.

2 novembre. — Le pus a fait place à la sérosité ; nous en aspirons 2 centimètres cubes et injectons un demi centimètre cube de cuivre. Le chancre préputial est guéri.

4 novembre. — Le malade va très bien, il se sent capable de marcher, fléchit et étend facilement la cuisse. Nous n'aspirons que quelques gouttes de sérosité. Pas d'injection. Les parois du bubon sont presque accolées. Néanmoins ce n'est

que quatre jours après sa guérison que nous permettons au malade de se lever. Le lendemain nous signons son exeat.

OBSERVATION XVII

Bubon au vingtième jour, fistulisé à la peau et guéri néanmoins sans cicatrice appréciable après dix-huit jours de traitement.

B.... vingt-six ans, limonadier, entré le 14 mars 1914.

Il y a cinq semaines, a eu un peu à gauche du frein dans le sillon balano-préputial un chancre mou qui est guéri depuis huit jours. Bubon droit depuis un mois, presque guéri par résolution. Quelques jours après, apparaissait un bubon gauche très volumineux, fluctuant, douloureux ; la peau est très amincie et prête à se perforer en plusieurs endroits.

Néanmoins, nous tentons le traitement et nous faisons le jour même une ponction. Nous aspirons environ 30 centimètres cubes de pus chocolat après lavage de la peau ; avec une solution tiède de sérum physiologique nous injectons 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Le soir, à la contre-visite, nouvelle évacuation de pus, ponction et nouvelle injection de cuivre colloïdal.

15 mars. — Nous aspirons 20 centimètres cubes de pus et injectons 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal. La peau toujours décollée est moins rouge, violacée et nous pensons qu'elle ne s'ulcérera pas.

16 mars. — Même traitement.

17 mars. — Le pansement est souillé de pus et nous constatons la présence de deux petites fistules là où nous avons

fait les deux dernières ponctions. Par leur ouverture, nous injectons 5 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Nous continuons ce traitement jusqu'au 20 mars. A ce moment, nous ne faisons plus les injections que tous les deux jours. L'œdème cutané a disparu et les téguments ont presque repris leur couleur normale. A la périphérie les parois de l'abcès commencent à raccoler. Le travail de réparation commence. Pour l'activer, nous soumettons, pendant vingt minutes, le malade à l'air chaud.

24 mars. — Persistance de l'amélioration. Une des deux fistules est comblée.

26 mars. — Dernière injection de cuivre colloïdal. Le malade va très bien et est autorisé à se lever.

29 mars. — La deuxième fistule est fermée.

1er avril. — Le malade sort guéri. Il présente là où étaient les fistules deux cicatrices rosées, de la grosseur d'un pois, qui, quand elles se seront assouplies, seront à peine visibles.

La guérison eût-elle été aussi rapide si nous avions confié le malade à un chirurgien? Nous ne le croyons. Au point de vue esthétique, le résultat eût été moins parfait.

OBSERVATION XVIII

Bubon au sixième jour, guéri en huit jours, après cinq ponctions

C..., vingt-cinq ans, sans antécédents vénériens, entre le 15 mai 1914 pour quatre chancres mous à gauche de la rainure préputiale. Bubon inguinal gauche gros comme une

amande verte, avec adhérence de la peau et fluctuation lointaine. Il y a six jours que le malade a remarqué cette grosseur.

16 mai. — Par aspiration, nous retirons 2 centimètres cubes de pus jaune verdâtre bien lié. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal. Pansement compressif.

17 mai. — L'injection a été très bien supportée et n'a déterminé aucune douleur. Nous la renouvelons.

18 mai. — Pus plus clair, moins abondant. A peine 2 centimètres cubes. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

19 mai. — Même traitement.

20 mai. — Le liquide aspiré est à peine purulent. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

21 mai. — La ponction n'a ramené que quelques gouttes de sérosité. Les parois de l'abcès, sauf au centre, se sont accolées.

24 mai. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIX

Chancre mou à l'anus. — Adénite inguinale droite. — Dix ponctions-injections. — Huit injections de cuivre colloïdal électrique. — Guérison en douze jours.

H... Julie, vingt-sept ans, fille soumise, entre à l'hôpital le 15 novembre 1913. C'est une fille d'une constitution vigoureuse qui n'a jamais été malade et est bien réglée.

A l'anus, et postéro-latéralement, il y a une ulcération de 1 cm.5, datant de huit jours et causant beaucoup de dou-

leur à la malade. Les bords sont irréguliers ; la surface ulcérée est creuse, suintante.

Rien au vagin. Dans le pli de l'aine droite, adénite assez volumineuse, douloureuse depuis deux jours, que la malade n'a remarquée que depuis ce temps. La peau est rouge, la fluctuation manifeste.

15 novembre. — Par aspiration, nous enlevons environ 7 centimètres cubes de pus jaune verdâtre. Injection de 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

La malade n'a pas souffert. Nous poursuivons le traitement le 16 et le 17 novembre.

18 novembre. — Ce matin, il y a moins de pus, environ 5 centimètres cubes ; il est plus clair et vient plus facilement. Nous n'injectons que 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Le traitement est continué le 19 et le 20 novembre.

21 novembre. — Amélioration notable. Il n'y a pas de pus à la ponction faite ce matin ; mais seulement de la sérosité sanglante. La cavité abcédée a beaucoup diminué de volume. Ses parois s'accolent bien. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

22 novembre. — Depuis cinq jours que l'on traite le chancre anal par l'air chaud, nous constatons ce matin, une amélioration notable ; la surface ulcéreuse est rouge vif, ses bords bourgeonnent bien, on voit que la réparation va être très rapide. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

23 novembre. — La sérosité a diminué (à peine 1 centimètre cube ce matin). Injection colloïdale.

24 novembre. — Quelques gouttes de sérosité. Nouvelle injection colloïdale.

25 novembre. — Une ponction faite ce jour et renouvelée le 26 n'aspire qu'un peu de sang. Nous remettons un pansement compressif et deux jours après la malade est autorisée à se lever et à aller ici et là dans la salle. La marche n'est pas douloureuse. Les téguments ont repris leur aspect normal. Pas de cicatrice visible là où ont été faites les ponctions.

Huit jours après la malade quitte le service quand l'ulcération anale est complètement guérie.

OBSERVATION XX

Chancres mous près de l'anneau vulvaire. — Bubon au treizième jour guéri en treize jours après onze ponctions et dix injections de cuivre colloïdal électrique.

C... Angèle, dix-neuf ans, fille soumise, entre à l'hôpital le 19 juin 1914. Elle est d'une bonne santé habituelle, bonne constitution. Bien réglée. Femme petite et brune, soignée deux fois déjà dans le service pour des accidents syphilitiques. Chancre mou depuis dix jours et bubon depuis cinq jours.

La malade souffre beaucoup de l'adénite qu'elle porte dans la région inguinale gauche. Douleurs spontanées et lancinantes. Marche impossible. Température 38°5. Pouls à 110.

Sur le bord gauche de l'anneau vulvaire, bien conservé, on voit une ulcération creuse, jaune, à bords taillés à pic et à pourtour d'un rouge vif, presque saignant. On y placerait un petit pois. Pas d'induration, mais léger empâtement dû

probablement à l'inflammation et surtout aux pansements d'alun qu'un pharmacien a conseillés à la malade. Sur le côté opposé à droite, un point rouge vif qui va certainement s'ulcérer. Rien à l'anus.

A la bouche, plaques muqueuses sur la lèvre inférieure et plaques opalines sur l'amygdale gauche. Les ganglions de l'aine droite ne sont ni tuméfiés ni douloureux, mais à gauche, on voit une tumeur volumineuse (œuf de poule) ; la peau est très dure, la fluctuation est franche et nous fait craindre une ulcération spontanée.

Nous ponctionnons à la périphérie séance tenante et aspirons 15 centimètres cubes de pus mal lié et mêlé de sang. Injection de 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal. Double spica compressif et repos au lit. La malade souffre pendant une demi-heure après l'injection.

20 juin. — Nouvelle ponction qui aspire 10 centimètres cubes de pus.

21 juin. — La nuit a été bonne. Température 37°8. Pouls à 78. Sentiment de gêne au niveau de la plaie. Le gonflement a cessé, mais pas complétement. La peau est beaucoup moins rouge et en bien meilleur état, ce qui fait que nous ne craignons pas de soumettre la malade à la fatigue d'une séance d'air chaud pour traiter le chancre.

Nous ponctionnons le 22 et le 23 et injectons chaque fois 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

25 juin. — La malade ne souffre plus, si ce n'est du chancre voisin de l'accident initial que nous continuons à soigner par des lavages à l'éther, des applications d'air chaud et des pansements au thymol-biiodé et à la pommade au calo-

mel. Celui qui menaçait en face s'est développé et est pansé de la même manière.

Le bubon est en excellent état ; la peau n'est plus rouge, l'œdème a beaucoup diminué et nous pensons pouvoir guérir la malade sans qu'il se produise de fistule.

Par les ponctions nous n'avons aspiré que 3 centimètres cubes d'un liquide qui n'est presque plus purulent. Nous injectons 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

26 juin. — Même traitement.

27 juin. — Le liquide aspiré ce matin est de la sérosité mêlée à un peu de sang. Injection de 2 centimètres cubes de cuivre colloïdal.

Même traitement le 28 et le 29 juin.

30 juin. — Nous n'aspirons plus que 2 centimètres cubes de sérosité et injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

2 juillet. — La sérosité a beaucoup diminué (1/2 cmc. ce matin). La peau a retrouvé toute sa vitalité et les parois de l'abcès s'accolent très bien à elle.

4 juillet. — Guérison du bubon, sans cicatrice.

6 juillet. — Les chancres mous sont guéris également.

La malade ne quitte définitivement le service que le 12 juillet, après avoir terminé sa cure mercurielle.

OBSERVATION XXI

Chancre à la fourchette chez une femme syphilitique. — Adénite suppurée de l'aine droite. — Inoculation positive. — Sept ponctions. — Quatre injections. — Guérison de l'adénite en dix jours.

C... Stéphanie, vingt-quatre ans, fille soumise, entrée à l'hôpital le 1er mars 1913.

Antécédents. — Femme d'une bonne santé habituelle et d'une constitution vigoureuse; bien réglée. Est venue plusieurs fois, entre autres pour un chancre induré à l'anus à la suite duquel sont survenus des accidents syphilitiques, et pour lesquels elle a subi un traitement approprié. Revenue pour la gale, en janvier 1913, elle ne portait à ce moment aucune trace de syphilis. Mais elle rentre le 1er mars 1913, pour une ulcération des parties génitales. La malade vient d'avoir ses règles, n'a pas subi de visites depuis un mois.

2 mars 1913. — *État actuel.* — Les grandes lèvres sont gonflées et douloureuses. En les écartant, on est frappé par l'aspect de leur muqueuse qui est littéralement criblée d'ulcérations. Suintement abondant. On compte vingt-trois ulcérations, tant à droite qu'à gauche, sur la face interne des grandes lèvres et sur le bord libre de la petite lèvre droite. A la fourchette, vaste ulcération qui doit être celle du début. Rien à l'anus. Adénite douloureuse à droite, avec péri-adénite et léger œdème de la peau. Pas de fluctuation.

En présence des antécédents de la malade, on aurait pu

peut-être hésiter sur le diagnostic et penser à une syphilis ulcéreuse, mais l'aspect de ces ulcérations multiples et séparées, l'engorgement douloureux des ganglions d'un seul côté, devaient faire prévaloir l'idée de chancres mous survenus chez une femme en puissance de syphilis, encore anémiée par la maladie, mais n'en portant à ce moment aucune manifestation autre qu'une alopécie très marquée. Du reste, la certitude en fut acquise par l'auto-inoculation qui eut lieu le jour même.

4 mars. — *Inoculation positive.* — La malade doit rester couchée. Bains. Pansements humides chauds.

6 mars. — Le bubon a notablement augmenté de volume depuis deux jours. Fluctuation nette. Aussi faisons-nous la ponction. Nous retirons 6 centimètres cubes de pus couleur chocolat. Nous injectons 3 centimètres cubes de cuivre colloïdal électrique. Les chancres sont traités à l'air chaud et passés au thymol biiodé. Spica compressif de l'aine et repos au lit.

7 mars. — La ponction a été parfaitement supportée. Nous la renouvelons aujourd'hui.

Mars. — Même traitement.

Mars. — Le pus a sensiblement diminué (environ 3 cmc.). Nous n'injectons que 1 centimètre cube de colloïde.

8 mars. — Les téguments reprennent leur coloration normale. Injection de 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

9 mars — Ce matin il ne vient dans la seringue que de la sérosité. Nous injectons 1 centimètre cube de cuivre colloïdal.

10 mars. — Le pansement compressif est laissé en place. Les ulcérations de la vulve sont en voie d'amélioration. On met la malade au traitement mercuriel. Le bubon va très

bien : les téguments reprennent leur coloration normale. A la ponction, le liquide évacué est moins abondant qu'hier. Pas d'injection.

11 mars. — Ce matin nous n'aspirons que quelques gouttes de sérosité.

12 mars. — Le bubon est guéri ; la malade est autorisée à se lever.

On continue le traitement local des chancres mous et la malade est autorisée à quitter l'hôpital quand elle a terminé sa cure mercurielle, le 22 avril.

CONCLUSIONS

Par bubon, on entend l'adénopathie inguino-crurale qu'entraîne surtout le chancre simple.

Cette adénite mono ou polyganglionnaire peut être infectée par le bacille de Ducray-Unna, non seulement dès son ouverture, mais même avant la suppuration.

Les traitements proposés sont très nombreux et diffèrent suivant que le bubon est suppuré ou non.

Dans le premier cas, c'est surtout par la méthode de douceur que l'on agit : repos, compression, chaleur, révulsion par la teinture d'iode, les pommades iodurées, les vésicatoires.

Si le bubon est suppuré, nous pouvons choisir l'un des procédés suivants :

A. — Procédés chirurgicaux.

B. — Procédés médico-chirurgicaux.

C. — Procédés médicaux.

A distinguer parmi les procédés chirurgicaux :

α) Les petites interventions ou opérations de petite chirurgie.

β) Les opérations chirugicales proprement dites :

1° l'incision simple suivie ou non de curettage avec ou sans drainage de la cavité ;

2° La ponction-incision de Broca ;

3° Quand l'adénite est mono-ganglionnaire, l'ablation du ganglion enflammé avec suture immédiate sans drainage (Legrain).

4° Le drainage filiforme à la façon de Braul: et de Simon.

Le type des opérations chirurgicales est l'évidement de l'aine dont la technique a été bien fixée en France par Gosset, Pousson et Le Dantec, et qui a été pratiquée également à l'étranger par de nombreux chirurgiens : Mosetig-Morhoff, Morton, Watson, Grynfeld, Scaduto.

Mais c'est là, à notre avis, un traitement d'exception puisqu'il n'est pas à la portée du praticien et que, même dans un milieu hospitalier, il peut comporter des dangers sérieux pour le malade. Brouardel, Riedel et Iadassohn rapportent des cas d'œdème et d'éléphantiasis du scrotum de la vulve et du membre inférieur survenus plus ou moins tardivement après l'ablation des ganglions inguino-cruraux.

Gaide et Keravan ont observé, outre les mêmes œdèmes du membre inférieur, des phénomènes infectieux intenses avec phlegmon et, dans 2 cas, de la phlébite et des troubles trophiques tels qu'il fallut amputer la cuisse.

B. — Bien plus simples sont les procédés suivants que nous qualifions de médico-chirurgicaux :

1° Ponction à la lancette ou au bistouri du bubon et, après lavage et expression de la cavité purulente, injection de vaseline iodoformée à 10/100. Méthode excellente, mais très douloureuse, suivie tant en France qu'à l'étranger par de nombreux auteurs (Otis, Fontan, Virgualta, Howland, Hermann) et qui, bien appliquée, compterait très peu d'insuccès et permettrait de guérir la malade en une dizaine de jours ;

2° L'hyperhémie produite, suivant la formule de Bier, par l'application de ventouses, combinée à la ponction du ganglion suivie ou non d'injections médicamenteuses. La guérison aurait lieu en une quinzaine et pourrait être réduite de quelques jours par l'injection intra-ganglionnaire d'oxycyanure de mercure (Queyrat), de glycérine iodoformée (Genken Joseph), d'un mélange d'iode et de formaldéhyde (Zumbusch).

3° Une méthode peu appliquée et dont il est très peu parlé dans la littérature : la radiothérapie (Lassueur).

C. — Procédés médicaux

1° L'aspiration intra-ganglionnaire du pus à la manière de Jullien ou de Le Pileur. Méthode simple, facile à appliquer, peu douloureuse qui permettrait de guérir le malade en seize à vingt jours ;

2° L'aspiration suivie, après le lavage de la cavité

purulente, d'injection modificatrice: benzoate de mercure (Welander) ; nitrate d'argent (Lang). Le traitement serait douloureux et durerait de dix à dix-huit jours.

En remplaçant ces différents liquides par du cuivre colloïdal électrique, nous sommes arrivé à faire accepter plus facilement ce traitement par le malade et à en diminuer la durée.

Les observations que nous publions montrent en effet que la guérison survient entre le septième et le quinzième jour.

Aussi pour nous est-ce le traitement de choix du bubon parce qu'aux autres avantages des procédés médicaux (facilité et sûreté d'application, absence de cicatrice, rapidité de la guérison), il joint celui d'être beaucoup mieux toléré par le malade en ce sens qu'il n'est pas douloureux comme les injections de nitrate d'argent ou de sels mercuriels (Lang, Welander) et révélateur comme l'injection de vaseline iodoformée (Otis, Fontan).

Ce n'est qu'en cas de complications (fistulisation rebelle, vastes décollements, très mauvais état des téguments) qu'il faut recourir aux procédés chirurgicaux.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Dermatologie, nov. 1898; mars-janvier 1901.

Annales des maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1903, p. 448.

ANTHOFER. Zur Ther d. adeniten (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1882, 20, p. 200).

ARCARI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1885, p. 358-359.

ARNOZAN et VIGNERON. Traitement du chancre mou et du bubon (*Journal de Médecine de Bordeaux*, années 1890-1891, XX, 577 et 1891-1892, XXI, 1-3).

Archives générales de Médecine de Paris, 1897, II, p. 162-293.

Archives générales de Médecine. Série II, 1833, p. 418.

Archives fur Dermatologie und Syphilis. Bd., 27, 1894, p. 141.

Archives de Médecine et Pharmacie militaire, 1896, n° 8.

ARMSTRONG. *Médical News*, 5 déc. 1885.

ARROU. *La Clinique*. Paris, 1911, VI, 814.

AUDRY. De la virulence du bubon chancreux avant la suppuration (*Travaux et comptes-rendus de la clinique de Dermato-Syphiligraphie*, 1894-1896).

AUDRY et DURAND. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1896, et 1897, n° 69, p. 709.

AUSPITZ. *Viertel Jahrschrift fur Dermatologie*, 1873, p. 429.

AUBER. *Journal of Med Sciences*, 1882, p. 293.

AUTIER. *Journal of Med. Sciences*, 1882, Bd. 84, p. 293.

BUMSTEAD. *Taples Pathology and treatment of venereal diseases*. Philadelphie.

BASSEREAU. *Traité des affections de la peau*. Paris, 1852.

BLOCK. Ueber Bubonen Behandl. (*Deutsch Wochenschrift*, 16 mai 1895.

BELA SANOYJI. Beitrag z. Behandlung d. Bubonen (*Pester med. Chirg. Presse*, 1898, p. 583).

BALZER. *Traité de méd. de Gilbert et Thoinot*, p. 116, VII, 1909.

— Thérapeutique des maladies vénériennes (*Congrès international de dermat. et de syphiligraphie*).

BALLET. Du traitement des bubons par les vésicatoires. *Thèse de Strasbourg*, 1862.

BALZER et SOUPLET. Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et des bubons (*Journal de méd. et de chir. pratique*, 1891).

BEBIN. Sur le traitement du bubon vénérien. *Thèse de Strasbourg*, 1831.

BOHN. Kurzer Bericht ueber durch Biersche Stauung mit saugglocc-

ken bei Bubonen erzielte Erfolge (*Centralbl. f. Krankheit der Harn u. Sexualorgane*. Leipzig, 1906, XVII, p.381-385).

Boulongue. *Mémoires de Médecine et de Chirurgie militaires*, 1867, p. 306-321.

Buffalo. *Med. and.Surg.Journ. concerning the treatment of bubon by extirpation of the glands*, 1887-1888, p. 205-210.

Buisson. *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chirg.*,1849-1855. — Bubons inguinaux avec polyadénite chronique d'origine chancrelleuse traités par la méthode de Bier (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphil.*, 1908, XIX, p. 75).

Broca. *Bulletin de thérapeutique*, 1856, Ll, p. 208.

Brousse et Bothezat. *Annales de Dermatologie et Syphil.*, 1893, p. 346-353. — *Montpellier médical*, 1893, n° 7. p. 133.

Bonnafont. *Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires*, 1854.

Bradley Gaither. The abortive treatment of suppurative adenites by pressure bandage (*Bull. of the Hopkins Hosp.* VII, p. 64 et 137, July 1896).

Bonosden. *Die Syphilis*, Berlin, 1834, p. 300-302.

Brandl. Zur rationelen Ter der Lymphadenitis ing. supp. (*Wiener med Blætter*, 1899, p. 581).

Bollingal. *The American Recorder of original papers*. Philadelphie, 1821.

Brouardel. Éléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux (*Bulletin de la Société de Derm. et Syphilig.*, 1896, p. 422).

Beaumer. *Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes*, Lyon 1841.

Bell (Benjamin). *A treatise on the theory and menagement of ulcers*. Edimburg, 1778.

Bockhart. *Monashefte f. prak Derm* 1866, I. p. 46-47.

Berdal. *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1896.

Bonnafont. Emploi du séton filiforme contre les adénites en général et surtout contre les bubons (*Mémoires de Med., de Chirg. et de Pharm. milit.* 1854).

Brodier. Lymphatiques in *Traité de Chirurgie Delbet et Ch. Le Dentu*.

Behreud. *Syphilidologie Neue Reihe*, 1857, I. Bd. 2, p. 184.

Bukowsky. *Beh. d. Bubonen Vr. Med Woch*, 2, 1897.

Buschke. *Uber Bubonenbehan.* (*Ther. d. Gegen.*, 6, 1899).

Caballero Perez. La aspiracion y las injectiones parenquimatosas en el tratamiento de los bubonnes (*Revista espec. de oftalm. dermat. sifil. y affeciones urinarias*, XI, n° 110, p. 433-438).

Carle. Traitement chirurgical du bubon (*Annales dermatol et syphiligraphiques*, 1905,p. 203).

Clifford Perry. The Etiology and treatment of veneral Buboes (*Am. Jou. of med Siences* Bd. 112, p. 571).

Couway. Lancet 1877, II, p. 159.

Cullerier. *Praktisch Untersuchungen uber die Behandlng. d. Syphilis*, p. 132-138.

Caramiti. Della cura della varie specie di adénité venerie (*Giornale ital delle malatie ven et della pelle*, 1875, p. 294-304).

Cornil. *Leçons sur la Syphilis*, Paris 1879.

Championnière. *Journal de Médecine et de Chirurgie*,1840, août.

Cordier *Lyon médical*, 26 juin 1890, p. 109.

Constantini. *Paris médical* 1912-1913, XI, 274-276.

Cowes. The diagnosis and treatment of the inq. bubon (*Boston M et S Journal* 1911, CLXV, 875-877).

Echimassian. Sulla adenite da ulcera venerea (*Revista di sci med. Venezzia*, 1904, XX, 401-414).

Cederokreuz. *Therep der Gegenwarth*, 1902, p. 355.

Daime. De la cautérisation des bubons (*Journal des connaissances médicales*, août 1839).

Desruelles. *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris 1837.

Dechambre. Rict. art. Bubon.

Delaunay. De l'adénite inguinale vénérienne et de son traitement chirurgical. *Thèse de Paris*, 1865.

Diday. *Gazette de Lyon*, octobre 1863.

Ducrey. Recherches expérimentales sur la nature intime des principes contagieux du chancre mou (Congrès intern. de Paris 1889. — *Comptes rendus du Congrès International de derm. et de Syphl.* Paris 1889, p. 229).

Ducrey. Congrès international de Méd. de Rome (*Annales de Dermat. et de Syphilg.*, 1895).

Dedjurin. Traitement du bubon vénérien par argent colloïdal (*Journal russe de Dermat.*, mars, avril, mai, juin 1904).

Delaunay. Traitement chirurgical du bubon (*Thèse de Paris*, 1865).

Djelabeddin-Mouktar. Traitem. des bubons par le gaïacol (*Ann. Dermat et Syphilig.*, 1897, p. 219).

Dubreuilh. Traitement du chancre mou et de ses complications (*Traité de Thérapeutique appliquée*, 1896).

Dietrich. *Die Krankheitsfamilie Syphilis Landshut*, 1842, II, p. 118).

Deutsch. *Uberdie Aetiologie u. Thérapie der Bubonen Centrabl. f. Harn. u. Sexualorga*, 1897, und 8.

Dubujadoux. *A. Med. mil.* 8 1896.

Dupon. *Gaz. Med. et Chirurgie.* Toulouse, 1892

Eiber. *Wiener. Med. Wochen*, 1860, p. 38.

Erdely. Die Behand de Bubo nub Kupfersulfat (*Ungar Med. Presse*, 1904, IX, 567).

Eulenburg Realencyclopédie, 3 aufl., 1894 Bd. 4, p. 176.

Everett Culver. *Journal of cutaneous a genito uri, diseases.* Juin 1888, p. 212, et *Annal of dermatol et syphiligraphie*, 1889, p. 359.

Forgues et Reclus. *Traité de Thérapeutique chirurgicale.*

Fingr. Nature du chancre mou (Congrès médical de Strasbourg, 1896 et Traité).

Fournier. Articles Chancre et Bubon (*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*). — Inoculation comparative des deux espèces de chancre (*Leçons de Ricord sur le chancre.* Paris, 1852).

Feigl, Eine neue Method. der. Bubonenbehand (*Munchen Med. Wochenschrift*, 1907, p. 1819).

Fabre. *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1795.

Fergusson. On the treatment of chronic Bubo by pressure (*London médical gazett*, april 1863).

Fro-Kistow. *Vierteljahrschrift f. Derm.* 1883, p. 648.

Fleischer *Compte rendu de la*

Société de Médecine militaire de Kief, 1879, 1880, p. 91-96.

Fontan. *Archives de Medecine navale*, 1889, L. II, 5 (*Presse médicale*, 1909).

Gamel. Traitement du bubon (*Semaine médicale*, 1892, p. 62. Annexes).

Gaide. Des Adénites ing. suppurées, d'origine vénérienne. Observations relatives aux résultats éloignés de leur cure chirurgicale et considérations sur le traitement de leurs diverses formes (*Annales d'Hygiène et de médecine coloniales*. Paris, XV, 1912, p. 679-699).

Genken. Treatment of chancroïd Buboes (*Voyeuno médicale*. St-Pétersbourg, 1912, CCXXXV, p. 642-646).

Girtanner. *Abhandlung uber die venerisch Krankheit Gœttingen*, 17, 88.

Gougerot. *Paris médical*, avril 1912, p. 501 509.

Griffith. A Study of buboes and their treatment (*New-York méd. Journal*, 1901, p. 278).

Guérin. *Bulletin général de Thérapeutique*, 1861, LX juin, p 495.

Grundfeld. Subcutane Behaudl. d. Bub. durch Auspumpen d. Eiters (*Wien med. Press*, 1869, 4.)

Grundfest. *W. med. Woch.*, VIII, 1898.

Gschirhakl. Zur Behandlg der Bubo (*Wien. med. Woch.*, 1882, p. 15-16).

Gaucher. *Traité de Syphilographie*.

Güterbock. Beitrag zür Iodoformbehandlg (Berlin *Klin. Wochens*, 1881, p. 39).

Gwyer. Salicylacid in the treatment of chancroïdal bubo (*New-York, M. J.*, 1892, p. 303).

Gavoy. Étude clinique sur le traitement du bubon vénérien. Compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques. Paris, 1882.

Geigel. *Geschichte Pathologie et Thérapie d. Syphil.* (*Wurzburg*, 1847, p. 180).

Gosset. *Journal de Chirurgie*, 1909, p. 120.

Grenet et Bessot. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 10 janvier 1910.

Hobe. *Deut. med. Wochen.*, 1895, p. 28.

Hallopeau. *Annales Dermat. et Syphilig.*, 1905, p. 202.

Hermann. Les Injections de glycérine iodoformée associées au pansement compressif dans le traitement du bubon vénérien (*la Syphilis*, 1905, p. 63). — *Pest med. Chirurgie Presse*. Budapest, 1904, XI, p. 593-597. — Beitrag zur Chirurgie Behandl. der Bubo (*Wien Klin. Rundschau*, 1904, XVIII, 36-32).

Halsund. *Om Bubonenbehandling after Armings methd: hosp. Tid. Kobenh*, 1910, III, 37-140.

Hahn. Behandlg. der Leistendrusen mit Injection von Hydrargyrum benzoïcum oxydatum (*Deut. med. Wochen*. Leipzig u Berlin, 1897, XXIII, Therapeu. Beilage).

Handschuh. *Die syphilischen Krankheits formen und ihre Heilung*. Munchen, 1831.

Hamilton. *Dublin med. Journal*, Maj. 1847.

Hlavac. *Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1878, p. 2-3.

Henrotay. *Annales de la Société méd. de Gand*, IV, p. 402.

Hullard. Des ponctions multiples dans le traitement des bubons (*Bulletin général de thérapeutique*, XXI, août 1841).

Holder. *Lehrbuch der veneri. Krankheit*. Stuttgart, 1851, p. 432.

— *Wierteljahrisch f. Derm.*, p. 904.

Hayden (J.). Iodoform-ointment injections in the treament etc. (*Am. Journal of Med. Sciences*, 1895, Bd. 110, p. 519).

Harvey. *Medical News Philadelphia*, 1886, p. 98.

— *Vierteljahrsch. f. Derm.*, 1896, p. 904.

Hause. Quelques considérations sur le bubon vénérien. Paris, 1828.

Huguet. *Schmidts Jahrb*, 258, p. 138.

Hoffmann. *Berlin Klin. Wochens.*, juillet 1905. p 958.

Hydk. Zür therapie der entsundlichen Leisten drusen (*Wien. med. Press*, CVI, 2386-2391, 1905.

Keller. *Semaine médicale*, 5 janvier 1911.

Kopff. Du traitement de l'adénite syph., etc. Strasbourg, 1854.

Kock (Fr). *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1896, XXXVI.

Kreissel. Therapid. treatment of suppurating Bubo by incision a. immediate suture (*Med. Herold Saint-Joseph*, 1904, XXIII, 518).

Kerndl. *Chir. prat. Abhandlung ueber die venerissche Drissenheule*. Wien., 1799.

Klink. *Przeglad lekarski. Cracovie*, 1880, 35-37.

Kling-Muller. *Bubonenbehandlg Zeitsch. f. ærztliche Fortbildung*.

Kummel. *Centralbl. f. Chirurg.*, 1882, 52.

Klotz Ueber die Entwicklung d. sogenannten strumœsen Bubon d Indik. deren früzeitig aspiration (*Berl. klin. Wochens.*, nos 6-8, 1890).

Legrand. Traitement rapide du bubon suppuré par l'incision, l'expression et la suture immédiate (*Annales des maladies des org. génito-urin.*, mai 1907).

Lastoria. Sulla cura delle adenite suppurati e sulla possibilita di obtenere la guarizione per pria intenzione (*Giorn. med. del Eserc. et della Marina*. Roma, 1894, n° 2, 129 à 157).

Lassueur. Le Traitement du bubon par les Rayons X (*Arch. d'Electricité méd.* Bordeaux, 1907, XV, 449-451).

Legrain. Traitement rapide du bubon suppuré par incision, expression et suture immédiate (*Revue med. de l'Afrique du Nord*. Alger, 1904, VII, 105-107).

Imbert. *Lyon chirurgical*, 1909, t. II, n° 4, p. 26.

Ianowsky. Beitræge zur Path. und Therag. der Schankerbuh (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1885, 7).

Iawdynski. *O Leczemu dymievec pachwinowych Warszava*, 1885.

Joseph. Bemerkungen zur Arbeit von Felix Mores uber Bubonenbehandlg nach Biersche Method (*Med. Klin.* Berlin, 1906 u 357).

— *Journal am. Surg. U. S. Carlisle*, 1904, XIV, 316.

Jenssen. Ein Beitrag. zur Behandlg der Inguinalbubonen (*Arch. f. Dermat. und Syphilis Wien.* Leipzig, 1908, XCII, 97-110).

Jauberthon. — *Traité des mal. vénériennes*, Paris, 1766.

Jullien. *Traité pratique des mal. vénériennes*. Paris, 1886.

— *Bulletin médical*, 1899, n° 99, 1886, p. 1501.

Jaccoud, *Dictionnaire* art. Bubon.

Larabar. Behandlung der Bubonen nach der Methode (*Monarch. f. Harn Dran u. Lesu Hygien.* Leipzig, 1905, II, p. 302-308).

Lyon médical, 1894, p. 287, 330.

Lyon chirurgical, 1909-1910, p. 407-408).

Lapwsky. Diseases of the inguinal glands and their treatment (*New-York Med. Journ.*, 1898, p. 557).

Lesser. *Lehrbuch d. Haut und Geschlechls Krankheiten*, XI Aufl. Leipzig, 1896.

Lallemand. *Ephémérid. méd. de Montpellier*, 1826, vol. I, janv.

Lindwurm. *Mitteil ausd. Klinik f. Syphil. u. Haut-Krankheiten d. Prof. Dr. Lindwurm*, p. 49, 1864.

Le Pileur. Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des bubons suppurés.

Laub, Behandl. nach Lang. (*Wien. med. Wochensch.*, 9-16, 1894).

Lang. Zur Therapie der Drusenvereiterungen (*Vierteljahschrift f. Dermat.*, 1870, p. 123).

Laponsky. Ueber Ætiol. und ther. der Bub. (*Deut. Centralbl. f. Harn u. Sexualorgan*, VIII, p. 450).

Lebert. *Wr. Med. Wochensch.*, 1858, n° 43.

Letnick. Zur abortiven Behandlg. d. Bub. (*Arch. f. Chir.*, 41, 1892).

Lassar. Ueber Bubonenbehandlg (*Monatsheft f. prakt. Derm.*, 1883, p. 12).

Lauensteim. Die typische Ausræumung d. Bub. Deut. (*Zeitschrift f. Chir.*, 35, p. 575).

Legal. *Ueber chirurgirch. Behandlung d. Leistbubo.*

Lejars. *Traité de Chirurgie*, t. I (Bubon : Reclus).

Lagueu. *Traité prat. des mal. syphil.* Paris, 1828, t. I, p. 229-230).

Lehner. *Sem. méd.*, 1896, p. 516.

Landsgaard. Abortiv Behandl. der Bubonen. (*Hosp. tid.*, 39, 1901).

Le Jollec. Au sujet du traitement du bubon par les injections de vaseline iodoformée (*Arch. de méd.* Paris, 1891, t. VI, p. 305).

Langston Parker. *The Modern treatment of buboes.* London, 1892, cap. 177.

Marny. *Thèse Strasbourg*, 1847.

Malapert. *Arch. méd.*, mars 1832.
— *Med. Rews, N.-Y.*, 1898, p. 679-682.

Mores. Uber Bubonenbehandlg. nach der Bierschen Methode (*Med. Berlin*, 1906, II, p. 333-335 et 357).
— *Montpellier médical*, 1890, p. 324-375.

Metzger. *Ueber die vorteilhaft Curart d. Bubonen. Hufelands Journal*, 1895, 1 Stueck 4.

Magliari. *Osservatore medico di Napoli*, septembre 1833.

Maréchal de Calvi. Mémoire sur le traitement du bubon (*Ann. de Chir.*, janvier 1841).

Muller. Bemerkungen ueber die syphil. Bub. (*Prager Viertel Jahrsch*).

Malapert. *Arch. gén. de méd.*, mars 1832.

Mannino. *Wien. med. Presse*, 1887, p. 1617.

Majo. *Treatise s. Syph.* London, 1840.

Milton. *Lancet*, 1853.

Mermet. *Sem. méd.*, 1894, p. 284.

Martini. *Schmits Iahrbucher*, CLXXII, p. 32, 1876.

Mracek. *Wien. Med. Presse*, 1879, 36.

Morton. Radical treatment of suppurating inguinal glands (*Medical News Bez.*, 1888).

Mosetig-Moorhof. Zur Tecknik der Exstirpation vereiterter Lympdrusenpaquete (*W med. Presse*, n° 1, 1891).

Minare. *A peculiar inflammation of the S. Rin after the operation of the bubo*, 1905, XXIV, n° 280.

Mémoires et Bulletins de la Société de Chirurgie de Bordeaux, 1902, p. 513.

Medical News N. Y. 1898, 679-682.

Murtagh. A simple method for the treatment of suppurating bubo (*N.-Y. Med. Journ.*, 1909, XC, [458).

Neebe. Traitement du bubon (*Annales Dermat. et Syphil.*, 1895, p. 609).

Netter. *Gazette méd de Paris*, 1862, 1.

Nicaisé. *Gazette méd. de Paris*, 1871, 17.

Neumann. *All. Wien. med. Zeit.*, 1813, p. 31-32.

— *Bericht der I Abt. f. Syph. d. W. K. K.*

— *Allg. Krankenh* p. 1883, Wien, 1885, p. 43.

Nobl. *Behandlung nach Lang Wr. med. Wochensch.*, 36, 37, 1894.

— *Verhandlg. d. Wr. Dermat. Gesellsch.*, 22 nov. 1893. — *Arch. f. Derm.*, XXVII, p. 88.

Nicolle. Recherches sur le chancre mou. Paris, 1892-1893 (*Ann. de Dermat.*, janvier, 1901. — *Ann. de Dermat.*, nov. 1898 et mars 1901.

Nicolle. Congrès intern. de méd. Paris, 1900.

Navarro. Tratamiento de les bubones supurados por el efluvio electro-estatico (*Rev. mil. et med. mil. espanol.* Madrid, 1909, III, 132-152).

Orvil Horitz. Behandl. eitr. Bubon (*N. Y. R. J.* 1, 93.

Otis. *Journ. of cut. and gen. urin. diseases*, 1893, n° 5.

Patzelt. Ueber Behandlg. acuter Leisten und Schenkeldrusengeschwulste (*Wien. med. Wochens.*, 1873, p. 413-442).

Preksch. Ueber die Behandlg. d. Bubonen mit essigsauren Blei (*Wien med. Presse*, 1872, 40, p. 919).

Petersen. Monatsheft f. prakt Derm., 1883, 10.

Petters. Beiræge zur Lehre d. eitrnden Bubon (*Prager Vierteljahrsch*, 1865, XXII, 2).

Pontam. Rapid. cure of Buboes by the injection of Iodoformvaselin (*Journ. of the American Association*, 25 janv. 1890).

Piasecki. *Leh. d. Bub. nach Lang Pr. Roum.* 25 avril. 1895.

Paschkis. *Vierteljahrsch f. Derm.*, 1879, p. 423.

Profeta. *Ann. d. Dermat. et Syphil.*, 1873-1874, 6.

Pick-Lazansky. *Vierteljahrsch. f. Derm*, 1875, p. 294-306.

Pokrowsky. *Centralbl. f. Chirurg.*, 1883, p. 46.

Pavec. Zur Behandlg. d. Bubonen (*Wien med. Wochen.*, 1882, 36).

Petersen. *Dauerverband beider Boubonenbehandlg St-Petersburg med. Wochen.*, 1881, 52.

— *Monatshefte fur prakt Derm.*, Die Antiseptik auf. dem. Gebiete der ven Krankh, 1883, 10).

— *Deutsche Medizinal zeit.*, 1885, 46, p. 9.

Poelchen. Beitrage zur Pathol. u. Chir. Behandlg. d. Bub. d. Leistengegend. Berlin, 1890 (*Arch. f. Klin. Chirurg. von Langenbeck*, 40 vol., p. 556-578).

Platt. Surgical diseases of the inguinal glands and their treatment (*Med. Bull.*) Maj 1888).

Pousson. Contribution à l'étude du traitement chir. du bubon (*Annal. des mal. des organes génito-urinaires*, n° 6, 1903).

Posiebski et Ornstein. *Annal de Derm. et Syphil.*, 1898, p. 671. *Urol. and. cutaned Rewiev Saint-Louis*, 1913, p. 27-30.

Rathburn. Treatment of Bubo (*Am. J. Dermat. a. genito-urin. diseases.* Saint-Louis, 1911, XV, p. 16-18).

Robinson. *Zur Ætiologie u. Thes. d. Inquinalbubonen Disst.* Berlin, 1893.

Rondelli. *Ann. Derm. et Syphil.* 1895, 505. — *Giorn. di Real academica di Torino*, 1894. — *Revue pratique des mal. cut.* Paris, 1906, p. 142-148.

Reiner. Behandlg. gewissener Formen venerischer Bubonen durch unmittelare Bestrahlung (*Wien. klin Wochensch.*, 1907, XX, 1577-1580).

Ridel. *Arch. f. klin. Chirurg.*, 1894, LXVIII, p. 34).

Rothganger. Treatment of ing. adenitis (*Journ. Am. Mil. Surger Y. U. S.* Carlisle, 1906, p. 107-109.

Reynaud. *Journal des connaissances méd.*, octobre 1830.

Rust. *Aufsætze u. Abhandlg. I* Band, 65.

Reder *Path. u. Therap. d. ven. Krankh.* Wien, 1863, p. 208.

Ricord. Journal des connaissances méd., janvier 1834. — (*Bulletin gén. de Thérap.*, 1843). — *Traité des inoculations appliquées à l'étude des maladies vénériennes*, 1838).

Rullier. *Arch. de méd.*, III. 1885 (Injection de vasel. iodof.).

Richter. *Horns Arch.*, 1824, II, p. 299.

— Ueber d. Behandlg. syphil. Drusengesch. mitels d. Kerndlschen scharf. Umschlæge (*Beh. der. Bub. Allg. Wien. med. Zeit.*, 24. 1893).

Roux. Du traitement du bubon suppuré par les injections iodées (*Archives générales*, 1846-1847).

Unna. Compression verb. (*Monatheft. f. prat. Derm.*, t. XIV, 1892).

Ullmann. *Berl. med. Wochcn.*, n° 4, 1891.

Szadeck. Ueber chirurg. Behandl. suppurierenden ven Bubo (*Vierteljahrschriftf Derm.*, 1888).

Scaduto. *Annales des mal. des organes génito-u·in.* Paris 1903, p. 261-269.

Schutz. Behandlg. venerischer Bubo. mit. Saugglocken nach Bier (*Wien. med. Wochen.*, 1907, LVII, p. 577-582).

Sedgewick. On the treatment of bubo. by excision an attempt to secure union by prim. intention of the wound afterwards (*Journ. of cuta. genito-urin diseases*, 1893).

Shermann. The treatment of bubo that threaten to suppurate (*N.-Y. Med. Journal*, 1903).

Sherril. Buboes a. their treatment (*N.-Y. Med. Journal*, oct. 1893).

Somogyi. Beitrag. zur Behandlg der Bubo. (*Pest Med. chirurg. Press.*, 1898, 583, 86).

Stenczel. Beitrag. zur Behandl. der Bubo. (*Allgem. milit. arztl. Zeit. Wien.*, 1906, 49, 54).

Schmetzer. Schnelle Zerteilung der Bubo. (*Med. Correspondenzbl. d. Wurtemberg. ærtzl. Verein.*, juni 1832.

Salomon. *Beitræge zur Chir.*, 1893.

Sigmund. *Carstatts lahresbericht Wurzbg.*, 1856, IV Band, p. 305.

Sehra. *Annal. de dermat. et de syphil.*, 1905, p. 202.

Spietscka. *Arch. f. derm.*, 1892, XXIV. Erganzung. Heft. p. 63.

Simon. C. Rendu. Soc. Biol., 17 mai 1902.

— Soc. Méd. des Hôp. de Paris, mars 1916.

Thibierge, Ravaud et Lesourd. Soc. méd. des Hôp., 2 juin 1905.

Thern. Beh. d. ing. Bub. mit Hg. benz. ox. (*Deutsch. Med. Wochen*, 1897, n° 32).

Tarnowsky. *Vierteljahrsch f. Derm.* 1883, p. 395.

Tommaseli. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1893, p 535.

Tomacszensky. *Annal.de Dermat. et Syph.*, 1905, p. 496.

Tomowitz. Ueber Bubon. Behandlg. (*Wien. Med. Presse*, 1869, 40).

Teackle. — *Medical Record*, 1871, VI, 344.

Truka. — Behandlg eitr. Bubo. mit. Subcuta. Durchspulung (*Wien. med. Wochen.*, 9, 1893).

Tungel. — *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1882, 25, p. 345.

Vivejoy. — De l'avantage des ponctions par les piqûres multiples (*Journal des connaissances méd.*, octobre 1839).

Vidal de Cassis. — Traitement local des bubons (*Annales des mal. de la peau*, 1851, IV, p. 25.

Velpeau. — Mémoire sur les maladies du système lymphatique (*Arch. gén. de méd.*, 1836, 2e série, t. X).

Virgallita. — La crura rapide della lymphademite inguinali suppuranticol metodo della pruntiora incisione (*Giornale med. mili.* Roma, 1911, IX, 28-40.

Woodward. — U. S. Marine Hospital Report, 1892.

Wagner. — Die fruhzeitige antisept. Behandlg. d. Bubo (*Vierteljahr fur Derm.*, 1879, p. 64).

Walsch. — *Wr. med. Presse*, 1895.

— *Arch. f. Derm.*, 42 et 54, I.

Wertheim. — *Wr. Med. Wochensch.*, 1868, 1885, 1887.

Welander. — *Arch. f. Derm.*, 1891.

Waller. — *London Medical Record*, août 1879.

Watson. — *Arch. f. Derm. u. Syphil.*, 1893.

Welander. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, p. 280 et 379.

— *Arch. f. Derm. u. Syphil.*, 1891, p. 43.

— *Revue de thérapeutique générale et therm.*, 1891, n° 6, p. 35.

— Communicaiion à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, juin 1891.

Zehnder. Wundrand d. Hautfaltennaht nach ausræumung von Bubonen (*Centralbl. Chirurgie.* Leipzig, 1892, XIX, 801-803).

Zeissel. *Allg. Wien. Med. Zeit.*, 1883, 21.

Zumbusch. Zur Behandl. des ulcus molle u. der Bubo (*Wien. Klin. Wochen.*, 1910, XXIII, 665).

Zenner. Behandl. der Bubo u. Karbunkels ohne grosse Incision (*Deutsch. Med. Zeit. Berl.*, 1905, XXVI, 825).

Ycom. *New-York. Med. Journ.*, 1896, p. 51.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3131-16

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Considérations générales	9
Anatomie pathologique	11
Virulence	15
Moyens locaux extérieurs	21
Procédés chirurgicaux	27
La ponction au bistouri, suivie d'injection iodoformée	43
La radiothérapie	61
De la méthode aspiratrice	63
Des injections médicamenteuses	67
La ponction latérale suivie d'injection de cuivre colloïdal électrique	73
Observations	81
Conclusions	117
Bibliographie	121